BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXIV — 1898

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS — L. MARETHEUX, IMPRIMEUR
1, rue Cassette

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

par les soins des Secrétaires de la Société

M. PAUL RECLUS

Secrétaire général

ET

MM. REYNIER ET ROUTIER

Secrétaires annuels

TOME XXIV. — 1898

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1898



STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859.

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société.

ARTICLE PREMIER.

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie ; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Art. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Art. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers, à 20; celui des correspondants nationaux, à 125, et celui des correspondants étrangers, à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

Art. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative ; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires seuls peuvent faire partie du bureau.

Art. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie ;* 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit ; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

Art. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande, et obtiendront le consentement de la Société ; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages ; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

Art. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

Art. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

Art. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire archiviste.
Un trésorier.

Art. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

Art. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

Art. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

Art. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

Art. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs, sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

Art. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société ;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux ; ce droit est fixé à 20 francs ;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires ; le montant en est fixé chaque année par la Société ;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux ;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement ;

6° Du produit des publications ;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir ;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'État.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines ; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du 15 août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société ;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année ;

3° De l'éloge des membres décédés ;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs, en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société ; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour ; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques ; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10 ; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire ; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle ; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

Art. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

Art. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives ; les livres, gravures, instruments et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

Art. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépense ; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement ; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte, et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

Art. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société, rue de l'Abbaye, n° 3.

Art. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Lecture des rapports ;

4° Lecture des travaux originaux ;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

ART. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

ART. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport, soit verbal, soit écrit, selon son importance et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

ART. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

ART. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

ART. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur ; tout rapport écrit, dans le délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

ART. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président ; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

ART. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

ART. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

ART. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

ART. 24.

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

ART. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

ART. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

ART. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières.

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour, si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique, sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III.

Comité secret.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

ART. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

ART. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

ART. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre ; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

ART. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

ART. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

ART. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins, tout membre correspondant national qui en

fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'Etat.

ART. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard, et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite su ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne au

trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

ART. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

ART. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

ART. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

ART. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

ART. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le Comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

ART. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant, certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

ART. 54.

Les manuscrits doivent être remis séance tenante au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra remettre le lendemain de la séance avant 10 heures du matin à l'éditeur de la Société les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion, classés et prêts pour l'impression, ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

ART. 55.

Ces *Bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules hebdomadaires, paraissant avant la séance suivante. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire archiviste et des

membres du Comité de publication, ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Elections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante ; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Elections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers ; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants ; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après l'examen

des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

Art. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

Art. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

Art. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

Art. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications soit verbalement, soit par écrit, tant à la commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

ART. 67.

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

ART. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

ART. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente ; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

ART. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

ART. 71.

Cette Commission fait son rapport en Comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Séances annuelles.

ART. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Revision du règlement.

Art. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une commission de cinq membres titulaires nommée au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

Art. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires et honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix DUVAL, le prix LABORIE, le prix GERDY, le prix DEMARQUAY et le prix RICORD *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1896 jusqu'au 1er novembre de l'année 1896 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser ranco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1897. Par la bienveillance de M. le Dr MARJOLIN, me nbre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par Mme veuve Laborie, e 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris, en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé, en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1898

Président	MM. BERGER.
Vice-Président	POZZI.
Secrétaire général	P. RECLUS.
Secrétaires annuels	REYNIER et ROUTIER.
Trésorier	WALTHER.
Archiviste	BRUN.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

10 février 1897.... — ANGER (Théophile), titulaire de.......... 1876
26 juillet 1893.... — CHAUVEL, titulaire de.................... 1882
19 octobre 1887... — CRUVEILHIER, titulaire de............... 1868
29 mars 1882..... — DUBREUIL, titulaire de.................. 1872
5 mai 1886...... — DUPLAY, titulaire de...................... 1868
28 mars 1886..... — GUÉNIOT, titulaire de................... 1868
22 novembre 1882. — GUYON (Félix), titulaire de........... 1863
3 mars 1886..... — L. LABBÉ, titulaire de..................... 1865
23 janvier 1889... — LANNELONGUE, titulaire de............. 1872
19 mai 1897.... — L. CHAMPIONNIÈRE............................ 1875
17 février 1892.... — LE DENTU, titulaire de.................. 1873
11 mai 1887..... — OLLIER, de Lyon.
26 mai 1880..... — PANAS, titulaire de......................... 1865
9 juillet 1879.... — PAULET, titulaire de...................... 1868
13 mars 1895..... — PERIER, titulaire de...................... 1875
3 mai 1893...... — POLAILLON, titulaire de.................. 1873
23 février 1887... — PONCET, de Cluny.
27 octobre 1886... — MARC SÉE, titulaire de.................. 1868
28 novembre 1894. — TERRIER, titulaire de.................... 1874
12 novembre 1890. — TILLAUX, titulaire de.................... 1866

MEMBRES TITULAIRES

MM.

12 juin 1890...... — Bazy.
12 juin 1878...... — Berger.
12 mars 1884 ..... — Bouilly.
18 décembre 1895. — Broca (Aug.).
29 mai 1889....... — Brun.
13 décembre 1893. — Chaput.
3 janvier 1877 ... — Delens.
9 mars 1892... . — Delorme.
26 avril 1891...... — Félizet.
10 mars 1897... . — Hartmann.
10 juin 1896...... — Hennequin.
12 décembre 1888. — Jalaguier.
30 décembre 1885. — Kirmisson.
22 juillet 1896..... — Lejars.
3 mai 1882....... — Marchand (A.-H.)
4 décembre 1889. — Marchant (Gérard).
7 juillet 1880 .... — Monod (Ch.).
10 mai 1893 ...... — Michaux.
29 juillet 1887.... — Nélaton.
9 juin 1886...... — Peyrot.
14 décembre 1892. — Picqué.
27 mars 1895.. .. — Poirier.
27 avril 1881 ..... — Pozzi (S.).
10 mai 1887 ...... — Quénu.
16 juin 1897...... — Potherat.
18 avril 1883...... — Reclus.
4 janvier 1888... — Reynier (P.).
18 juillet 1894.... — Ricard.
6 décembre 1882. — Richelot.
11 juillet 1888.... — Routier.
1er décembre 1886. — Schwartz (Ch.).
9 février 1887.... — Segond.
22 juin 1892...... — Tuffier.
22 avril 1896...... — Walther.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Assaky, à Tours.
Aubrée, professeur à l'École de Rennes.
Auffret, directeur du service de la santé de la marine à Rochefort.
Azam, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Barette, à Caen.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Binaud, à Bordeaux.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Bois, chirurgien de l'hôpital à Aurillac.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de Lyon.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
Cerné, professeur de clinique à l'École de Rouen.
Chalot, professeur à la Faculté de Toulouse.
Chapplain, professeur à l'École de Marseille.
Chavasse, médecin-major de l'armée.
Chedevergne, professeur à l'École de Poitiers.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Chipault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Orléans.
Choux, médecin-major de l'armée.
Chupin, médecin-major de l'armée.
Claudot, médecin principal de l'armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Dardignac, médecin-major de l'armée.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.
Dayot, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.

MM. Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de Rennes.
Delagenière, au Mans.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, médecin principal de l'armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École d'Angers.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubourg, à Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Étienne, à Toulouse.
Ferraton, médecin-major de l'armée.
Février, médecin-major, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Fontorbe, médecin de la marine, professeur à l'École de Rochefort.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, médecin-inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Heydenreich, professeur à la Faculté de Nancy.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Judes), à Rouen.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffitte.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Lemaître, à Limoges.
Linon, médecin-major de l'armée.
Malherbe fils, professeur à l'École de Nantes.
Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.

MM. Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Mignon, armée.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin-major de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Nepveu, professeur à l'École de Marseille.
Nimier, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Pauzat, médecin-major de l'armée.
Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pilate, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
Poisson, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, médecin principal de l'armée.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux (Gabriel), professeur suppléant à l'École de Marseille.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Schmit, médecin-major de l'armée.
Silbert, à Aix.
Tachard, médecin principal de l'armée.
Thomas (Louis), à Tours.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villar, à Bordeaux.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

12 janvier 1887..... — ALBERT (E.), Vienne.
2 février 1898..... — ANNANDALE, Édimbourg.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
4 janvier 1888 .... — BRYANT (Th.), Londres.
11 janvier 1893 .. . — CHEEVER, Boston.
2 février 1898..... — JUILLIARD, Genève.
4 janvier 1888 . .. — HOLMES (Th.), Londres.
janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton
10 janvier 1894 .... — MAYOR (Isaac), Genève.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
20 janvier 1886 .... — REVERDIN (J.), Genève.
13 janvier 1892 .... — ROSSANDER (C.), Stockholm.
11 janvier 1893. ... — SAXTORPH, Copenhague.
21 janvier 1885..... — SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
13 janvier 1892 .... — SLAWIANSKY (K. de), Saint-Pétersbourg
11 janvier 1893 . .. — SOCIN, Bâle.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
12 janvier 1887..... — THOMPSON, Londres.
20 janvier 1886 . . . — TILANUS, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

22 janvier 1896..... — BAYER, Prague.
3 janvier 1892.... — BLOCH (O.), Copenhague.
2 février 1898. .. — BOBROFF, Moscou.
17 septembre 1851. — BORELLI, Turin.
13 janvier 1869.... — BRODHURST, Londres.
2 février 1898..... — BRUNS, Tübingen.
22 décembre 1852.. — BURGGRAVE, Gand.
4 janvier 1888..... — CECCHERELLI (A.), Parme.
4 janvier 1889 .... — CHIENE, Édimbourg.
3 juin 1857 .... — CROCQ, Bruxelles.
10 janvier 1894..... — CZERNY (V.), Heidelberg.
10 janvier 1894..... — DEMOSTHEN (A.), Bucharest.
16 janvier 1895..... — DURANTE (Fr.), Rome.
8 janvier 1862..... — ESMARCH, Kiel.
9 janvier 1879..... — GALLI, Lucques.
13 janvier 1892.... — GALVANI, Athènes.
20 janvier 1897 ... — GARDRES, Melbourne.
13 janvier 1869.... — GAUTIER, Genève.
13 janvier 1864.... — GHERINI, Milan.
2 février 1898..... — GIRARD, Berne.
9 janvier 1879.... — GRITTI, Milan.
3 janvier 1865..... — GURLT (E.), Berlin.
16 janvier 1895..... — HORSLEY, Londres.
2 janvier 1865 .... — HUMPHRY (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
21 janvier 1891.... — JAMIESON (Alex.), Shanghaï.
10 janvier 1894.... — KEEN (W.-W.), Philadelphie.
13 janvier 1892.... — KOCHER, Berne.
13 janvier 1892.... — KOUZMINE, Moscou.
13 janvier 1869.... — KRASSOWSKI, Saint-Pétersbourg.
21 janvier 1891.... — KUMMER, Genève.

MM.

20 janvier 1897... — Lardy, Constantinople.
2 février 1898..... — Levchine, Russie.
16 janvier 1884.... — Lucas (Clément), Londres.
16 janvier 1895..... — Mac Burney, New-York.
21 janvier 1891.... — Macewen (William), Glasgow.
11 janvier 1893.. . — Martin (Édouard), Genève.
12 janvier 1887.... — Maydl, Vienne.
22 janvier 1896 ... — Mikulicz, Breslau.
21 janvier 1891..... — De Mooÿ, La Haye.
3 janvier 1883... . — Mosetig-Moorhof, Vienne.
22 janvier 1896. ... — Murphy, Chicago.
20 janvier 1897..... — Noraro, Bologne.
8 janvier 1868 ... — Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890.. . — Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885 .... — Plum, Copenhague.
22 janvier 1896 . .. — Ratimoff, Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887.... — Reverdin (A.), Genève.
6 juillet 1859.. ... — Ried, Iéna.
21 janvier 1891..... — Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880.... — Rose (Edm.), Berlin.
11 août 1875....... — Rouge, Lausanne.
25 janvier 1890.... — Roux, Lausanne.
7 janvier 1880.... — Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862.. — Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885.... — Saltzmann, Helsingfors.
11 janvier 1893..... — Saxtorph (Sylvester), Copenhague.
20 mars 1867....... — Simon (John), Londres.
16 janvier 1895..... — Sonnenburg, Berlin.
21 janvier 1885..... — Stimson (Lewis A.), New-York.
21 janvier 1885.... — Studsgaard, Copenhague.
31 décembre 1862 . — Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — Testa, Naples.
20 janvier 1886.... — Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894..... — Thornton, Londres.
11 janvier 1893..... — Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893..... — Wier, New-York.
11 janvier 1882..... — Zancarol, Alexandrie (Egypte).
13 janvier 1892.... — Ziembicki, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod père.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.

MM.

1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.
1886. — Horteloup.
1887. — Lannelongue.
1888. — Polaillon.
1889. — Le Dentu.
1890. — Nicaise.
1891. — Terrier.
1892. — Chauvel.
1893. — Ch. Perier.
1894. — L. Championnière.
1895. — Th. Anger.
1896. — Ch. Monod.
1897. — Delens.
1898. — Berger.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL et René MARJOLIN, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme HUGUIER, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

RICORD, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de gynécologie et de tocologie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La médecine moderne. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue des maladies cancéreuses. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue d'orthopédie. — Revue illustrée de polytechnique médicale. — Revue des sciences médicales. — Revue de la tuberculose. — Tribune médicale. — Union médicale.

Province. — Annales de la policlinique de Toulouse. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Le centre médical. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Strasbourg. — Le Limousin médical. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Étranger. — Annales de la Société belge de chirurgie. — Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Atti della associazione medica Lombarda. — Boletino da Sociedade de medicina de Rio de Janeiro. — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the John's Hopkins Hospital. — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — John's Hopkins Hospital Reports (Baltimore). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — Mitheilungen aus der medicinischen Facultät der Kaiserlich-Japonischen Universität (Tokio). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

SEANCE ANNUELLE

(26 janvier 1898.)

Présidence de M. Delens.

ALLOCUTION DE M. DELENS

Président sortant.

Messieurs,

Les remerciements que je vous adressais au début de l'année 1897, en prenant possession du fauteuil de la présidence, se doublent aujourd'hui d'un sentiment de profonde reconnaissance pour l'appui bienveillant que vous m'avez donné. Grâce à cet appui qui ne m'a jamais fait défaut, la direction de vos séances m'est devenue facile.

Il ne m'appartient pas de vous dire si vos discussions scientifiques ont dépassé en intérêt et en ampleur celles des années précédentes; c'est le rôle de notre sympathique secrétaire annuel de vous le faire connaître, et je sais qu'il est à la hauteur de sa tâche. Mais ce qu'en restant dans mes attributions, j'ai plaisir à proclamer, c'est qu'aucun orage n'a troublé la sérénité de nos séances et que notre situation financière n'est pas moins bonne que notre situation morale.

Tout dernièrement, notre dévoué trésorier, le Dr Walther, nous exposait le bilan de la Société et, malgré le huis clos que le règlement impose à son rapport, vous ne me suspecterez pas, j'en suis sûr, si j'affirme que nous avons toutes raisons de nous déclarer satisfaits.

D'ailleurs, une société qui, comme la nôtre, célébrait naguère son cinquantenaire, n'a besoin d'être ni louée, ni défendue. Mais il est permis au Président, dans la séance annuelle, d'indiquer les modifications qui peuvent en accroître la prospérité.

C'est ainsi que nous avons cru devoir adopter une mesure destinée, sans aucun doute, à être favorablement accueillie par le public qui nous fait l'honneur de suivre nos discussions. Sur la proposition de M. Nélaton et de plusieurs membres, nous avons

décidé de rendre hebdomadaire la publication de notre *Bulletin.* Chaque compte rendu paraîtra désormais le mercredi matin, évitant au secrétaire annuel la lecture, généralement peu écoutée, du procès-verbal. La suppression de cette lecture permettra d'économiser un bon quart d'heure. Puisse l'heure d'ouverture de la séance n'être pas retardée d'autant. C'est un souhait que je forme, laissant à mon excellent ami et successeur, le professeur Berger, le soin d'y tenir la main, bien certain qu'il n'y faillira pas.

Mais n'anticipons pas sur l'avenir. Mon devoir est de vous parler de l'année écoulée. Si elle nous a apporté bien des satisfactions, elle nous a aussi causé plus d'un deuil.

Au cours de 1897, deux de nos collègues, MM. Th. Anger et Lucas-Championnière, ont demandé et obtenu un honorariat bien gagné. Nous avons été heureux de voir qu'il n'a diminué en rien leur assiduité à nos séances.

Notre Société a pu donner à l'élection deux places de titulaires. Nos nouveaux collègues, MM. Hartmann et Potherat, ont pris rang parmi nous. Nous leur avons déjà souhaité la bienvenue et nous n'avions pas attendu qu'ils fussent des nôtres pour apprécier leur valeur.

Nous n'avons pas eu, d'autre part, à élire de membres correspondants nationaux, ni de correspondants étrangers; mais des élections prochaines doivent avoir lieu pour combler les vides qui se sont produits dans ces deux classes.

Que ne pouvons-nous nous adjoindre de nouveaux membres et infuser à la Société un sang plus jeune, sans voir en même temps disparaître nos anciens! Mais, hélas! la mort nous a été particulièrement cruelle en 1897. Elle nous a enlevé quatre de nos maîtres, Maisonneuve, de Saint-Germain, Magitot, Tarnier.

Maisonneuve, leur doyen, avait été un des fondateurs de la Société de chirurgie, en 1843, et il en était le dernier survivant. Son rôle a été trop considérable dans la science d'il y a quarante ans, pour que je puisse le résumer ici. Qu'il me suffise de dire à sa gloire, que s'il a eu toutes les audaces, il a été un des précurseurs de l'antisepsie.

De Saint-Germain, enlevé par une mort prématurée, avait été secrétaire général de la Société et en avait présidé les séances en 1881. Son souvenir et sa physionomie si originale resteront longtemps encore vivants parmi nous.

Magitot, mort aussi au milieu de l'année, était, par ses travaux d'histologie et de pathologie spéciales, devenu le maître de l'odontologie qu'il avait, en quelque sorte, scientifiquement fondée en France, et il ne manquait jamais de nous apporter le résultat de ses recherches, lorsqu'elles pouvaient intéresser la chirurgie générale.

Enfin, disparaissait brusquement, il y a quelques mois à peine, Tarnier, notre président de 1879, le maître incontesté en obstétrique, dont l'influence a été si grande sur la pratique des accouchements. A de plus autorisés que moi appartient de dire le rôle prépondérant qu'il a tenu dans cette branche de la chirurgie.

Parmi nos correspondants nationaux, nous avons à regretter la mort du Dr Surmay, de Ham, que, de loin en loin, nous avions le plaisir de voir prendre place parmi nous.

Messieurs, je viens de rappeler, comme nos statuts m'y invitent, les événements heureux ou malheureux qui ont marqué l'année 1897. En terminant, me sera-t-il permis de formuler un vœu ?

Le local que nous occupons depuis de longues années est manifestement insuffisant. Notre salle des séances est trop exiguë, mal aérée, mal éclairée, défectueuse à bien des égards. Faute de place, nous ne pouvons loger convenablement notre bibliothèque et nos archives. Il se peut, en outre, que dans quelques années, le bail actuel ne soit pas renouvelable. Nous devons donc songer à l'éventualité d'un déménagement.

En raison de l'importance de plus en plus considérable que prennent nos séances, de la nécessité de donner au public et aux représentants de la presse scientifique (nous ne voulons que celle-là) une place suffisante, il faudrait que la Société de chirurgie eût un local digne d'elle. Mais, malgré l'état prospère de ses finances, elle ne saurait l'avoir par ses seules ressources. Les capitaux qu'elle possède sont presque tous affectés à des prix spéciaux. Or, il arrive trop souvent que ces prix ne peuvent être décernés faute de concurrents. Le fait s'est encore produit cette année pour l'un d'eux.

Il me semble que l'ère de ces fondations devrait être close. Elles ne répondent plus aux besoins et aux habitudes de notre époque. Cependant nous sommes liés par la volonté des testateurs et, à moins d'un coup d'État, que je ne conseille ni n'approuverais, nous sommes condamnés à décerner des prix à perpétuité.

Combien nous serait plus utile un capital légué sans désignation d'emploi, qui nous permettrait de nous installer convenablement et de consacrer chaque année des sommes plus importantes à la publication de nos travaux !

Pour ma part, dussé-je passer pour un quémandeur, j'appelle de tous mes vœux la venue du bienfaiteur qui aurait la généreuse pensée de nous venir ainsi en aide. Il aurait bien mérité de la chirurgie.

Si l'idée que j'émets ici pouvait un jour recevoir sa réalisation, je m'estimerais heureux d'avoir répondu à votre haute bienveillance en contribuant, dans la mesure de mes forces, à assurer la prospérité de notre Société.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1897

Par M. NÉLATON, secrétaire annuel.

MESSIEURS,

J'ai souvent entendu répéter par les secrétaires qui m'ont précédé, qu'il n'était pas de travail plus ingrat que celui du compte rendu annuel. Une longue énumération, forcément sèche et aride, de vos travaux en constitue la base, et on a souvent proclamé que cette coutume, conservée depuis l'époque où les fondateurs de notre société avaient des séances moins remplies que les nôtres, n'avait plus raison d'être aujourd'hui.

C'est avec cette conviction que j'ai commencé à écrire ce compte rendu, mais en avançant dans mon travail, mon appréciation s'est modifiée. En relisant, en étudiant vos discussions, j'ai vu un véritable enseignement se dégager de chacune d'elles, et la tâche du secrétaire annuel m'est apparue réelle et utile.

Ne doit-il pas résumer en quelques mots la conclusion générale de chacun de vos mémoires, montrer le pas en avant fait à chaque séance ?

Ne lui incombe-t-il pas de mettre en lumière le travail très grand réalisé par vous en une année ?

Sous forme de communications, de rapports, de présentations de malades ou de simples observations faites au cours d'une discussion, votre production annuelle est considérable, et, je ne crains pas de l'affirmer, supérieure à celle de toute autre assemblée similaire. C'est le devoir du secrétaire annuel de le dire, de le rendre évident en quelques pages.

Puis, la réflexion suivante m'est venue : c'est peut-être parce qu'ils ont pensé qu'une compagnie sérieuse, partant, ne faisant aucun bruit, se soucierait trop peu du réel labeur accompli par elle, et ferait trop bon marché de son œuvre, que nos membres fondateurs ont institué cette règle du compte rendu. Ils ont voulu qu'on dressât tons les ans le bilan des progrès accomplis, et se sont donné et nous ont laissé pour toute récompense de notre travail, l'obligation de regarder en arrière au commencement de chaque année pour constater le chemin parcouru.

Je vais donc, selon ce vieil usage, vous faire traverser une longue étape. Si vous en éprouvez quelque fatigue, j'espère que

vous ne m'en voudrez pas trop : l'importance de vos travaux en est la cause.

Je ne saurais cependant, messieurs, entreprendre l'analyse même succincte de vos communications, de vos rapports et de vos discussions, car je ne relève pas moins de vingt communications, de trente rapports et de dix-sept discussions.

Or, ce sera de ces dernières surtout que je vous entretiendrai tout à l'heure, puisqu'elles marquent vos préoccupations principales, et je ne ferai en ce moment que rappeler très brièvement les conclusions de vos mémoires, qui n'ont pas soulevé de débats.

Je vous signalerai tout d'abord, concernant les affections des voies urinaires, les communications de MM. Tuffier, Bazy et Moty.

M. Tuffier, traitant de la tuberculose rénale, primitive, unilatérale, ne la croit pas rare, et déclare qu'elle peut provoquer notre intervention par des accidents tels que l'hématurie, les douleurs, l'infection.

M. Bazy, dans un travail intitulé : Rétrécissements traumatiques tardifs de la portion membraneuse de l'urèthre, nous apprend que tout rétrécissement d'origine traumatique n'a pas fatalement, ainsi qu'il est classique de l'admettre, une évolution rapide et que dans des circonstances exceptionnelles, on a pu observer sa formation lente.

M. Moty nous donne l'observation d'une anomalie de développement curieux ; il s'agit d'un urèthre périnéal supplémentaire chez l'homme.

La chirurgie du tube digestif nous a fourni un travail considérable de M. Quénu, sur l'amputation du rectum cancéreux avec technique et indications opératoires.

Une note de M. Delagenière, du Mans, qui considère différentes variétés de cirrhose du foie comme justifiables d'un traitement chirurgical (consistant à pratiquer un drainage temporaire des voies biliaires) et une observation du même auteur intitulée : Exploration intra-stomacale pour reconnaître une lésion de l'estomac.

Nous devons aussi noter une étude de MM. Hartmann et Mignot sur la pathogénie de l'appendicite ainsi qu'une communication de M. Hartmann sur le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Pour la chirurgie du squelette, nous relevons deux mémoires de M. Kirmisson. Dans le premier, l'auteur étudie l'ostéomyélite des phalanges et nous met en garde contre une erreur de diagnostic, qui consiste à prendre cette affection grave pour une simple tourniole. Dans le second, il nous donne des exemples de cette déformation congénitale caractérisée par l'absence du péroné et la

flexion angulaire du tibia, difformité longtemps considérée à tort comme une fracture intra-utérine.

De M. Moty et de M. Reboul, nous avons deux intéressantes observations d'ostéomyélite du maxillaire inférieur.

Les luxations sus-pubiennes de la hanche ont été étudiées par M. Demons, qui nous conseille de transformer d'abord ces luxations exceptionnelles en luxations ovalaires par une traction directe, avant de fléchir la cuisse pour les réduire d'après le procédé classique, et M. Quénu nous a fourni une observation rare de luxation incomplète sous-scaphoïdienne.

M. Berger nous a lu deux intéressantes monographies : l'une est une étude complète des myxomes du bassin, l'autre a trait à un cas de mélanosarcome primitif des ganglions.

M. Pousson, de Bordeaux, nous a proposé une opération nouvelle : la mastopexie destinée à remédier au volume exagéré des mamelles hypertrophiées rendues douloureuses par leur poids.

M. Houzel, de Boulogne, nous a présenté d'intéressantes observations de kyste hydatique du rein.

Enfin, par une étude anatomique fort intéressante du trajet de la plèvre au niveau du bord inférieur du thorax, M. Monod nous met en mesure d'ouvrir, sans intéresser la plèvre, des hystes hydatiques ou des abcès de la région postéro-supérieure du foie.

Tel est, messieurs, le relevé de vos communications.

Permettez-moi, maintenant, de ne pas faire la longue énumération de vos rapports. Je vous rappellerai seulement ceux qui, bien que n'ayant pas donné lieu à une discussion approfondie, n'en ont pas moins captivé votre attention; tels sont les rapports de M. Michaux, à propos des observations de M. Chupin, relatives aux plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de feu à blanc ; de M. Picqué, sur un cas d'exophtalmos pulsatile observé par M. Bide; de M. Gérard-Marchant, sur les intéressantes observations de M. Verchère dans les périodes prémonitoires des rétrécissements du rectum, etc.

Il en est bien d'autres que je ne saurais rappeler ayant hâte d'en arriver à la partie la plus active de vos travaux : à l'analyse de vos discussions.

L'intervention chirurgicale dans les cas de tumeurs du foie avait été discutée à la fin de l'année 1896 ; et les procédés de suture du parenchyme hépatique, destinés à arrêter l'hémorrhagie, avaient été l'objet de communications diverses ; le commencement de l'année 1897 nous donne la fin de cette discussion.

C'est d'abord la difficulté du diagnostic entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes qui est mise en lumière par

MM. Routier et Quénu; puis une observation fort instructive de M. Ricard nous montre qu'il n'est pas indifférent de vouloir fixer un diagnostic par une ponction exploratrice dans une tumeur du foie.

Une hémorrhagie terrible peut être la conséquence de la ponction et les moyens d'hémostase sont précaires. Il nous donne de ces faits un saisissant exemple. MM. Tuffier et Broca viennent à la suite de M. Ricard faire connaître des faits semblables et nous voilà dûment prévenus contre la ponction exploratrice en pareil cas.

L'intervention chirurgicale dirigée contre les affections du poumon représente aussi pour l'année 1897 une fin de discussion, ce qui ne veut pas dire que ce soit la fin de la discussion sur ce sujet, car l'accord semble loin d'être parfait, surtout entre MM. Bazy et Tuffier.

M. Bazy, dans une communication intitulée : « De la pleurotomie exploratrice, nouveaux faits démontrant l'innocuité de l'incision chirurgicale de la plèvre », cherche à établir que l'exploration extra-pleurale du poumon, proposée par M. Tuffier, est illusoire.

Il préconise l'exploration du poumon à travers une incision « chirurgicale » de la plèvre, c'est-à-dire permettant le passage à un doigt explorateur ; incision qu'il ne faut pas confondre avec l'ouverture large de la plèvre qui, elle, peut donner naissance à des accidents graves.

Mais M. Bazy ne convainc ni M. Tuffier ni M. Quénu qui, dans les cas de plèvres saines sans adhérences, redoutent les ouvertures pleurales quelles qu'elles soient et qui, pour éviter le pneumothorax et ses dangers, conseillent de comprimer l'air dans les bronches, soit à l'aide de l'intubation du larynx, soit à l'aide de l'insufflation trachéale, de façon à empêcher la formation d'un pneumothorax dû à la rétraction du poumon au moment de l'ouverture de la plèvre.

Cette nouvelle pratique, qui n'est pas encore sortie de la phase expérimentale, a été déjà critiquée par M. Delorme, qui pense que l'insufflation pulmonaire en distendant les vésicules saines autour des parties malades masquera les lésions et les rendra inaccessibles à l'explorateur.

MM. Lejars et Routier prirent part à ce débat dont aucune conclusion ne saurait encore être tirée.

Les opérations dirigées contre les goitres exophtalmiques ne sont pas exemptes de danger alors même que l'intervention habilement conduite s'est heureusement terminée.

M. Lejars s'est attaché à appeler votre attention sur la gravité spéciale de l'acte opératoire relativement le plus simple dans ces

cas-là et il attribue les morts foudroyantes alors observées à un défaut de sécrétion thyroïdienne provoquant un empoisonnement bulbaire.

Adoptant cette explication et considérant qu'il se produit en pareil cas une véritable toxhémie thyroïdienne, M. Poncet, de Lyon, estime que l'ablation du goitre exophtalmique doit être abandonnée et remplacée par la résection du sympathique cervical et du ganglion cervical supérieur.

Pour M. Tillaux, il faut distinguer entre les cas. Opérer les goitres qui s'accompagnent d'une tumeur isolable, ne pas toucher aux autres.

MM. Picqué, Schwartz et Quénu prirent la parole pour signaler des accidents consécutifs à l'intervention et, pour clore le débat, M. Tuffier présenta deux de ses opérées qu'il trouvait améliorées.

La communication de M. Berger sur le traitement des fistules vésico-vaginales nous montre les beaux résultats obtenus par ce chirurgien dans un cas de large fistule avec oblitération de l'urèthre.

Dans ce cas difficile, M. Berger réussit à rétablir le canal de l'urèthre et à supprimer la communication vésico-vaginale ; il insiste sur les avantages considérables donnés par la préparation des malades suivant la méthode de Bosemann : la dilatation du vagin, la section des brides qui le rétrécissent.

MM. Bazy, Routier, Championnière, Quénu prennent part à cette discussion dans laquelle M. Ricard insiste tout particulièrement sur l'importance du dédoublement de la cloison vésico-vaginale.

Le rapport de M. Kirmisson sur l'opération de Syme, à propos d'un travail de M. Potherat, ne doit pas nous retenir.

Tout le monde fut à peu près d'accord, ce qui est rare, pour reconnaître avec MM. Kirmisson et Potherat que l'opération de Syme est excellente dans ses résultats.

MM. Lejars, Championnière, Delorme, Ollier vous en vantèrent les mérites et M. Jalaguier vint confirmer l'appréciation générale en vous apportant l'observation d'un de ses opérés qui, à la suite de son amputation, avait fait à pied la simple course de Paris à Bruxelles sans fatigue.

Au cours de la discussion, M. Ricard vous fit connaître une opération nouvelle : il ne fait point la désarticulation médio-tarsienne de Chopart, il ne fait point l'amputation de Pyrogoff, il extirpe tout simplement l'astragale et laisse le calcanéum s'emboîter dans la mortaise tibio-péronière de façon à donner au pied un solide point d'appui.

M. Lafourcade, de Bayonne, vous avait envoyé une observation

de fractures simultanées des deux rotules traitées par la suture et suivies de guérison.

M. Chaput, rapporteur, approuvait la conduite tenue par M. Lafourcade. Mais sans repousser la suture osseuse pour le plus grand nombre des cas de fractures rotuliennes, il rappelait qu'il s'était souvent servi avec succès de la suture périostique pour rapprocher les fragments.

La discussion qui suivit ce rapport montra que trois procédés de traitement sont aujourd'hui en présence : la suture périostique, qui n'est guère soutenue que par M. Chaput; la suture métallique, ardemment défendue par M. Championnière qui trouve sage de s'en tenir à un procédé qui a fait ses preuves au lieu de chercher des procédés nouveaux qui n'ont pas fait les leurs; et enfin le cerclage préconisé par MM. Lejars, Berger et Peyrot.

Ainsi que le montrent de belles épreuves radiographiques, présentées par M. Peyrot, la suture métallique peut rompre sous l'influence d'un effort brusque, une fracture itérative se produire, tandis qu'une semblable crainte paraît être évitée par le cerclage. Et voilà pourquoi M. Peyrot préfère le cerclage.

Je ne ferai que signaler, Messieurs, une courte discussion, écho très affaibli d'une communication qui fit plus de bruit sur une autre scène : il s'agit du redressement de la gibbosité du mal de Pott.

M. Ménard, parlant d'après l'expérimentation cadavérique, vous avait montré que le redressement des gibbosités donnait lieu à une vaste caverne dont il prévoyait la guérison difficile, parce que la restauration des vertèbres par le périoste ne se faisait point en pareil cas.

A la suite de la lecture du travail de M. Ménard, MM. Brun et Michaux (sans vouloir aborder les discussions théoriques et sans rien préjuger sur le résultat final de cette thérapeutique) vous apportèrent les observations d'enfants chez lesquels ils avaient facilement redressé des gibbosités par le procédé de M. Calot.

Depuis, il ne nous a été apporté qu'un seul cas de redressement accompagné malheureusement de la mort immédiate de l'enfant. Signalée par M. Brun, cette mort est imputée par lui à un accident chloroformique.

Je regrette que l'année 1897 se soit écoulée sans qu'un seul cas de redressement de gibbosité dûment guéri puisse être enregistré dans ce compte rendu. Mais il n'y en a pas.

Peut-on guérir par une intervention chirurgicale une péritonite aiguë généralisée?

Telle est la question que souleva le rapport de M. Richelot fait à propos d'une communication de M. Malapert.

M. Reynier excepté, la plupart d'entre vous considèrent la chose comme certaine, et MM. Routier, Bouilly, Peyrot vous en ont fourni des exemples probants.

Mais dans cette discussion, à laquelle prirent part MM. Quénu, Reynier, G. Marchant, Championnière, Walther, Nélaton, Kirmisson et Brun, tout le monde tomba d'accord sur ce point qu'il fallait bien se garder de considérer comme péritonites généralisées celles où l'intestin se trouve refoulé dans un point de l'abdomen par une quantité de pus souvent considérable sans que les anses baignent au milieu du pus ; car dans ce dernier cas c'est à une vaste péritonite enkystée que l'on a affaire, non à une péritonite diffuse.

Ces deux qualificatifs sont proposés par M. Richelot pour bien faire ressortir les deux conditions anatomiques différentes que l'on peut rencontrer.

Une importante discussion sur le traitement de la coxalgie fut soulevée dans le mois d'avril par une communication de M. Ménard, de Berck.

Ce chirurgien nous exposait la pratique qu'il suit pour traiter les coxalgies suppurées.

Il ponctionne les abcès froids péri-articulaires et les guérit par des injections modificatrices répétées, l'air de Berck aidant à la cure. Mais si ce traitement par les injections échoue, ou si le foyer vient à s'infecter, il fait l'arthrotomie large et le *curetage intégral* de l'articulation.

M. Ménard fut loin de convaincre tout le monde. MM. Kirmisson, Brun, Reynier, Jalaguier ont eux aussi recours aux injections modificatrices et en sont partisans, bien que ce moyen ne donne pas de guérisons constantes.

En revanche, la plupart repoussent le curetage dit intégral de l'articulation, qui n'est jamais intégral, comme le fait remarquer M. Brun, et ils conseillent de faire les débridements, parfois nécessaires, aussi discrètement que possible.

Quant au choix du traitement dans les premières périodes de la coxalgie, les avis diffèrent encore : les uns, Kirmisson, Brun, veulent l'immobilisation dans l'appareil plâtré ; les autres, Broca, Quénu, prônent l'extension avec l'appareil Lannelongue, tandis que MM. Berger et Reynier emploient alternativement l'un ou l'autre procédé.

Une importante communication de M. Hennequin marque la fin de cette discussion : Il faut essayer de guérir les coxalgiques sans ankylose de la hanche, employez donc l'extension qui est le seul moyen d'obtenir ce résultat. N'oubliez pas qu'avec l'extension, vous corrigez l'attitude vicieuse, et que vous n'avez pas par conséquent à recourir au redressement brusque sous le chloroforme

qui, selon les idées de Verneuil, pourrait être suivi de méningite. Kirmisson, Gérard-Marchand rapportent en effet des exemples de cette complication à la suite de traumatismes opératoires; mais l'importance de ces faits disparaît bien vite devant les observations de M. Reclus et le relevé capital de M. Jalaguier, qui nous montre que sur un nombre considérable de tuberculeux soignés dans son service, ceux qui ont présenté des complications méningitiques étaient précisément ceux qui n'avaient subi aucune intervention chirurgicale. Cette statistique est à coup sûr troublante pour les partisans de la métastase.

Je passe sur les discussions si intéressantes de la cholécystotomie et de la gastro-entéro-anastomose encore actuellement en cours et où MM. Lejars, Michaux, Tuffier, Schwartz, Routier, Quénu, Chaput, Ricard vous ont apporté nombre documents pour en arriver aux débats sur l'hystérectomie abdominale qui ont rempli plusieurs de vos séances.

L'hystérectomie abdominale totale est devenue le sujet de vos discussions à propos d'une communication de M. Richelot. Notre collègue, que l'ablation totale de l'utérus préoccupe depuis longues années, vous a entretenus d'un procédé nouveau destiné à enlever, par la voie abdominale, l'utérus tout entier soit dans les cas de fibromes, soit dans les cas de suppurations pelviennes où une erreur de diagnostic vous aurait conduits à pratiquer une laparotomie plutôt qu'une hystérectomie vaginale.

Ce qui, pour M. Richelot, lui permet de recommander son procédé, c'est tout simplement qu'il représente selon lui « le dernier mot de la simplicité ».

Après quelques instants d'incertitude pour savoir sur quoi porterait la discussion : sur l'opportunité de l'hystérectomie abdominale totale dans les annexites suppurées, ou sur la qualité du procédé proposé, ce fut sur ce dernier point que se cantonna le débat.

Chacun du reste prôna un procédé différent : celui qu'il emploie d'habitude.

M. Segond défendit chaudement le procédé américain dont le grand avantage est pour lui d'être applicable à tous les cas sans distinction.

M. Quénu et M. Schwartz déclarèrent l'avoir aussi adopté pour les mêmes raisons.

M. Reclus, M. Nélaton et M. Reynier qui emploient le procédé de Doyen, le trouvèrent supérieur à tous les autres.

M. Ricard reprit la description du procédé qu'il nous a déjà fait connaitre et dont il n'obtient que des succès.

M. Hartmann nous vanta sa manière de faire, qui associe aux manœuvres du procédé américain l'ouverture du cul-de-sac vaginal, premier temps de l'opération de Doyen.

M. Peyrot nous décrivit et conseilla un procédé qu'il a employé avec succès depuis plus d'un an et qui rappelle un peu celui de M. Richelot.

De telle sorte que sans qu'aucun accord se soit établi, il semble que la phrase par laquelle M. Reclus commençait sa communication expose absolument bien la situation actuelle : « Le problème de l'hystérectomie abdominale totale, posé depuis quelques années devant les gynécologistes, a reçu plusieurs solutions élégantes, comme le disent les mathématiciens. »

C'est d'ailleurs la même idée qu'exprimait M. Richelot en disant : « Cette discussion montrera une fois de plus que vous faites très bien l'hystérectomie, en même temps que je ne la fais pas trop mal », et c'est du reste là l'expression de la vérité.

La question toujours si difficile du traitement de l'occlusion intestinale est revenue cette année encore devant nous.

Deux observations d'occlusion intestinale, traitées par M. Legueu par la laparotomie, fournissaient à M. Broca le sujet d'un rapport dans lequel, approuvant hautement la conduite suivie par M. Legueu, le rapporteur condamnait absolument la pratique de l'anus artificiel et déclarait que les « quelques succès définitifs avec guérison ultérieure de la fistule que cette opération avait donnés, concernaient sans doute des pseudo-occlusions paralytiques ».

Tout d'abord MM. Quénu, Kirmisson, Berger, Reclus protestèrent contre cette opinion, affirmant que dans plusieurs cas où la laparotomie eût été impraticable, ils s'étaient bien trouvés de l'anus contre nature. Mais, allant plus loin, MM. Segond et Nélaton ayant déclaré qu'ils considéraient l'anus contre nature comme l'opération de choix dans les cas où le diagnostic de la cause de l'occlusion demeurait impossible, la discussion se modifia complètement; d'autant plus que M. Nélaton prétendait ce diagnostic impossible, dans l'immense majorité des cas d'occlusion à marche aiguë.

Alors la question se dédoubla en quelque sorte.

1° Le diagnostic de la cause est-il habituellement possible ?

2° Quel est le traitement de choix de l'occlusion ?

Tels furent les deux points successivement traités.

MM. Michaux, Routier, Chaput, Félizet, Schwartz, Broca, Berger, Segond, Nélaton pensent que dans les formes aiguës de l'occlusion le diagnostic de la cause est habituellement impossible.

Seuls MM. Kirmisson, Reynier et Picqué estiment qu'un pareil aveu d'impuissance conduit à une doctrine funeste et pensent que

le diagnostic leur sera possible dans le plus grand nombre des cas.

Ce ne fut pas l'avis général.

Le traitement de choix est aujourd'hui nettement établi : c'est la laparotomie, en dépit des objections de MM. Nélaton, Félizet, Chaput et Segond, la plupart d'entre vous, MM. Peyrot, Michaux, Routier, Schwartz, Quénu, Picqué, Bazy, Hartmann, Broca pensent que le traitement rationnel et idéal, quand il y a arrêt des matières, consiste à aller reconnaître l'obstacle pour le lever. Statistiques en main, M. Broca a du reste résumé la discussion et montré que votre opinion n'était pas seulement basée sur des appréciations personnelles, mais sur des chiffres, et l'on peut dire comme conclusion de cette discussion que si vous ne vous reconnaissez pas toujours capables de porter le diagnostic de la cause de l'occlusion avant l'intervention, vous pensez tout au moins pouvoir faire ce diagnostic une fois le ventre ouvert et lever l'obstacle que vous venez ainsi de découvrir.

Je ne dirai que quelques mots d'une observation de M. Lejars sur un cas d'abcès gazeux sous-phrénique.

Cette observation a été, pour MM. Michaux, Routier, Potherat, Tuffier, Picqué, l'occasion de faire connaître une série d'exemples fort intéressants d'une affection jusqu'ici peu étudiée et que MM. Berger et Jalaguier nous ont montré être une conséquence possible de l'appendicite.

M. Monod, à deux observations personnelles, a ajouté un véritable petit mémoire de quelques pages où les causes, le diagnostic et le traitement des deux groupes d'abcès sous-phréniques sont merveilleusement étudiés.

Nous y trouvons la description des abcès sous-phréniques qui se rattachent à la lésion d'un organe voisin et celle des collections dont le foyer résulte de la propagation de l'inflammation à distance.

Messieurs, je termine ce résumé par la discussion à laquelle donna lieu l'intéressant et instructif rapport de M. Gérard Marchant sur les corps étrangers du rectum.

A propos d'une observation de M. Delbet, M. Marchant nous fit voir quelles difficultés le chirurgien pouvait avoir à enlever une bouteille introduite dans le rectum, et nous conseilla, lorsque les manœuvres simples auraient échoué, de pratiquer la résection du coccyx qui forme cale et s'oppose à l'extraction de la bouteille.

A priori on aurait pu croire que l'étude faite par MM. Delbet et Marchant n'avait que l'intérêt de la curiosité, et que les chirurgiens n'étaient point tous les jours sollicités à retirer des bouteilles du rectum de leurs semblables. Mais la discussion qui suivit fit passer devant nous une série de bouteilles.

Après M. Marchant ce fut M. Bazy qui en apporta une seconde,

puis M. Monod qui nous en présenta une troisième accompagnée d'un petit mémoire qui ne contient pas moins de 33 observations de corps étrangers similaires. Ce qui montre que malheureusement la communication de M. Delbet est loin de n'avoir que l'intérêt de la curiosité.

Je serais fort incomplet, si j'omettais dans ce compte rendu de vous parler de vos présentations de malades.

Ces présentations qui occupent la fin de nos séances, en constituent peut-être la partie la plus intéressante. Les beaux résultats qui sont soumis chaque semaine à votre appréciation, sont de plus en plus nombreux, et plus que toute communication, que toute discussion, ils démontrent d'une façon irréfutable les énormes progrès réalisés chaque année dans notre art. Ils sont de plus, d'un enseignement considérable en permettant d'apprécier la valeur des procédés employés.

Toutes ces présentations mériteraient d'être citées, mais leur nombre est tel que je n'en saurais avoir l'idée.

Voilà, Messieurs, l'énumération extrêmement abrégée de vos travaux pour l'année 1897. Vous pouvez à bon droit en être fiers. Surtout si vous réfléchissez qu'à bien peu de chose près tout ce que vous avez produit a une valeur. Il ne pourrait d'ailleurs en être autrement, parce que rien de ce qui vous est présenté n'échappe à la critique et que personne ne s'exposerait à vous soumettre une observation médiocre.

A l'inverse de ce que l'on voit quelquefois, il n'est point dans notre enceinte d'affirmation qui ne soit étudiée, contrôlée, et l'on peut dire qu'il n'est guère d'opinion émise dans nos séances qui n'ait rencontré quelque opposition.

Au cours de nos discussions, le choc entre les courants d'idées est pour ainsi dire la règle. Au moment de la lecture des rapports il n'est pas rare d'entendre le rapporteur exprimer ses opinions personnelles et de les trouver en désaccord complet avec celles de l'auteur dont il vous présente les conclusions. Alors même qu'il s'agit de présentation de malade, la critique ne perd pas ses droits et il nous a été donné de voir sévèrement étudié et jugé tel résultat dont un chirurgien était fier avant de vous l'avoir soumis.

C'est dans cet esprit critique, *qu'on ne retrouve pas ailleurs*, que réside, Messieurs, la véritable force de votre Société. Se recrutant parmi des hommes qui ont tous ou à peu près les mêmes titres à leur entrée, votre Compagnie impose à ses membres une observation consciencieuse et sévère, elle est difficile entre toutes pour admettre les nouveautés, contrôle toutes les productions et exige des garanties.

Aussi l'influence de votre opinion est-elle grande et l'on peut dire que vous représentez une véritable aristocratie de métier qui, jalouse de son influence justement acquise, met son honneur à la conserver. Elle ne permet pas qu'il sorte de son sein des travaux basés sur des hypothèses ou hâtivement engendrés par des imaginations trop pressées.

Messieurs, en quittant le bureau cette année, je ferai comme tous ceux qui m'ont précédé à cette place, je vous remercierai de votre bienveillance envers votre secrétaire, de l'indulgence que vous avez montrée en acceptant la rédaction de ses procès-verbaux, de la tolérance avec laquelle vous avez admis les retards apportés à la publication de vos bulletins.

En vous adressant ces remerciements, je n'obéis pas simplement à une coutume ; je suis convaincu que je vous les dois, comme vous les devaient mes prédécesseurs ; car vous auriez pu vous plaindre. Si quelque chose, en effet, laisse à désirer dans le fonctionnement de notre Société, c'est, à coup sûr, le mode de publication de nos bulletins.

Aussi et, peut-être, pour me faire pardonner mes lenteurs, ai-je cru devoir vous soumettre une modification destinée à corriger un véritable défaut d'organisation.

Cette modification, déjà proposée par M. Quénu l'an passé, vous l'avez acceptée. Elle augmentera, j'en suis sûr, l'activité et la production de votre Société déjà si forte et si féconde, et si mes espérances se réalisent, je serai heureux d'avoir pu, dans une faible mesure, vous être de quelque utilité.

ÉLOGE DU BARON HIPPOLYTE LARREY

PAR LE Dr PAUL RECLUS

Secrétaire général.

MESSIEURS,

L'heure semble choisie pour prononcer l'éloge du baron Hippolyte Larrey : notre époque, violente et lassée, brûle au hasard ce que naguère on adora, et la profession médicale, honorée jusqu'alors et peut-être trop souvent placée au rang des sacerdoces, est maintenant presque méprisée. Le roman et le théâtre n'y voient plus qu'une école de bassesse et d'ignorance ; les juges la soupçonnent aisément et la condamnent volontiers. Le dédain ne suffit plus et, pour nous défendre, il faut montrer quels furent nos guides et nos maîtres. La vie d'Hippolyte Larrey sera notre réponse. Le dévouement et l'honneur ne sont pas éteints parmi nous; leur lumière pure brille toujours au fond du sanctuaire et les âmes fidèles savent où la chercher.

Hippolyte Larrey naquit le 18 septembre 1808, à Paris, au quai de Conti, entre l'hôtel de la Monnaie et l'Institut de France. Son père, l'immortel Jean-Dominique Larrey, était illustre déjà : sur ses états de service étaient inscrits sa croisière à Terre-Neuve, son stage à Paris pendant les trois premières années de la Révolution, sa présence à l'armée du Rhin. Chirurgien en chef de l'armée de Catalogne, il avait assisté à la bataille de Figuières et à la mort de Dugommier ; il avait derrière lui les campagnes d'Italie, l'Egypte, la Syrie, la prise de Malte, d'Alexandrie, du Caire, les marches dans les déserts de Lybie, la bataille des Pyramides, l'assaut de Jaffa, le mont Thabor, Saint-Jean-d'Acre, Héliopolis et Aboukir; puis Ulm, Austerlitz, puis encore les guerres de Saxe, de Prusse et de Pologne, l'entrée à Berlin et à Varsovie, Eylau et Friedland.

Dans cette course à travers l'Afrique et l'Europe, il avait déployé un zèle infatigable, une énergie sans défaillance, un rare esprit de décision, un génie inventif que rien ne déroute, enfin une résistance incroyable. A vingt-six ans, il crée les ambulances volantes qui, sous le feu même de l'ennemi, ramassent et pansent les blessés, jadis secourus longtemps après la bataille, lorsque les fourgons de l'artillerie laissaient enfin passer les chariots du service chirurgical. Avant le combat, Larrey instruisait ses aides; pendant la mêlée, il emportait souvent les blessés sur ses épaules ;

après le carnage, il était le premier et le dernier à tenir le couteau. A Eylau, Napoléon le vit à l'œuvre quand les canons tonnaient encore; il le retrouva, le lendemain, à la même place et opérant toujours, les mains gelées et les pieds dans la neige. Aucune fatigue, aucun danger ne l'arrêtent; il est aussi résolu devant les pestiférés de Jaffa que devant les insurgés de Madrid; il brave aussi bien la mitraille à la Bérézina que, à Bautzen, la froide colère de l'empereur.

Et malgré ces marches, ces assauts, 60 batailles et 400 combats, il trouve le moyen d'apprendre, d'enseigner et d'écrire. A dix-sept ans, il est à Toulouse, élève de son oncle Alexis Larrey ; à vingt et un, il est nommé, à Brest, chirurgien-major des vaisseaux du roi; il rentre à Paris et, pendant trois années, il étudie sous Desault; à vingt-six ans, le voilà aide-major à l'armée du Rhin. Il en a fini avec les maîtres; mais, partout où il trouve un hôpital; il fonde une école, fait des conférences, dissèque, expérimente sur les animaux et essaie sur les cadavres de nouvelles opérations. Il visite les savants, Scarpa, Spalanzini et Malacarne en Italie; en Allemagne, Humbold, Graefe, Hufeland et Sœmering; il professe au Val-de-Grâce; il écrit cinq volumes de cliniques et son fameux ouvrage : *Mémoires et Campagnes.* Les observations médicales qu'on trouve dans cette iliade française sont celles de Gouvion-Saint-Cyr, de Jomini, Cassaigne, Jourdan, Labédoyère, de Berthier, Duroc, Suchet, Moncey, de Rapp, de Thiébaut, du général Foy ; ses blessés et ses malades s'y nomment Desaix, Junot, Kléber, Custine, Augereau, Beauharnais et Louis, Joseph et Napoléon Bonaparte. A lire la vie de Dominique Larrey, on se demande pourquoi il n'est pas devenu un héros populaire, toujours vivant dans la mémoire des foules. Il ne lui a manqué, sans doute, qu'un grain de poésie, l'esprit d'aventure et surtout le drame d'une fin tragique.

La mère d'Hippolyte Larrey fut une femme remarquable : elle était fille du dernier ministre de Louis XVI, Leroux de Laville, qui accepta sans faiblir la charge de ministre des contributions publiques, le 30 juillet 1792, lorsque la Révolution triomphante allait décréter l'arrestation du roi; il échappa aux massacres de la Terreur et fit partie du Sénat de Napoléon Ier. Frappé d'apoplexie au pied du grand escalier des Tuileries, il mourut dans les bras de Corvisart. Il avait trois filles célèbres par leur beauté : Henriette, qui épousa le Dr Coutanceau, médecin aux armées; Emilie, l'aînée, mariée avec un Benoît d'Azy et qui était la séduisante héroïne des *Lettres à Emilie* où Démoustier apprit la mythologie à nos aïeules; enfin Elisabeth, qui fut la femme de Dominique Larrey. Moins belle qu'Emilie, elle avait le même charme, la

même grâce, un cœur fidèle ; elle était musicienne, peintre de mérite, élève de David, amie de Gros et de Girodet ; pendant la tourmente révolutionnaire, elle vécut de ses pinceaux et, aux premiers jours de la Restauration, lorsque la gêne visita le foyer, son talent conjura la détresse du ménage.

Le mariage se fit en 1794, avant le départ pour la Catalogne. Cette union fut, pour Larrey, une joie longue et profonde ; il aimait passionnément sa femme ; ce montagnard d'éducation primitive et d'allures un peu frustes, considérait Elisabeth, « sa douce Laville », ainsi qu'il la nommait dans ses lettres, comme de race différente et d'essence supérieure ; il se confiait à son tact et prenait ses conseils dans les conjonctures délicates. Une sotte histoire devait, plus tard, troubler cette harmonie jusqu'alors inaltérée et augmentée encore par la naissance d'une fille que le père nomma Isaure. Isaure, plus âgée de neuf ans qu'Hippolyte, était sa marraine ; elle fut aussi sa confidente, l'amie et le soutien des heures douloureuses. La correspondance de famille, que j'ai eu la fortune de lire à loisir, en témoigne d'une façon touchante.

Cette correspondance nous apprend combien la naissance d'Hippolyte fut désirée : Dominique, en partant pour l'Espagne, laissait en France sa femme enceinte ; ses lettres adressées à Isaure, alors âgée de neuf ans, s'expliquent, sans réticences, sur le futur événement ; il parle à la fillette des souffrances qui attendent sa pauvre mère, des dangers qu'elle va courir, des soins qu'il lui faudra donner ; il accuse « sa maladresse de l'avoir mise dans l'embarras où elle est ». Mais la joie d'avoir un fils — car ce sera un fils — dissipe ses remords. On le nommera Félix-Hippolyte, il sera médecin et son père l'instruira dans son art. Le grand jour arrive ; le célèbre Ribes y préside ; ce fut bien un garçon et Isaure, dans une lettre d'une candeur charmante et aussi naïve de style que d'orthographe, annonce au père la naissance de l'enfant dans le berceau duquel une main inconnue a déposé la croix de la Légion d'honneur. Aussi le nom de Lilite alternait-il avec celui de « Petit chevalier », titre usurpé alors, mais qui, trois ans plus tard, devait être conquis pour lui, sur le champ de bataille de Wagram.

A la nouvelle de cette naissance, Dominique Larrey ne put contenir sa joie ; il courait dans les rues de Vittoria, la tête découverte, la lettre d'Isaure à la main et criait à tous qu'il avait un fils. Diversion heureuse dans cette terrible campagne d'Espagne où il affronta tous les dangers, connut toutes les misères et ressentit toutes les douleurs : il vit mourir son ami Talabère et Frizac, son élève préféré ; il faillit être tué en rentrant dans Madrid révolté pour regagner son hôpital, en fermer les portes, armer ses majors, ses infirmiers, les convalescents, pour protéger

les soldats blessés. Ces dangers, ces batailles, ces marches par des chaleurs qui rappelaient celles d'Egypte et des froids qu'il devait retrouver en Russie, eurent raison de sa robuste santé ; il fut pris par la fièvre nosocomiale et, à Burgos, on craignit pour sa vie. Eh bien, de cette campagne d'Espagne, il ne garda qu'un souvenir, celui de la naissance d'Hippolyte, et plus tard, où qu'il fût dans sa vie errante, à Vienne, à Moscou en pleine fournaise, à Dresde un soir de bataille, à chaque anniversaire du 18 septembre, une lettre chargeait Isaure d'offrir pour lui à la mère une branche de myrte fleuri.

Hippolyte est mis en nourrice chez des paysans de Nanterre; après son sevrage, on le confie à sa marraine Isaure, car la santé de Mme Larrey était devenue fort précaire; outre des maux de tête terribles dont son fils devait hériter, elle fut prise d'une grande irritabilité nerveuse provoquée par l'incident qui troubla pour toujours la paix du ménage. Dominique Larrey avait ramassé, livre par livre, une somme de trente mille francs économisés sur sa paie et sur les gratifications de l'empereur. Avant de partir avec la Grande Armée, il confia ce trésor à sa femme qu'il jugeait plus habile que lui. Mme Larrey chargea du placement de ces longues économies un vieil ami qui, dès le lendemain, niait le dépôt. La pauvre Laville, atterrée s'évanouit, et depuis ce jour elle traîna jusqu'à la mort une maladie de cœur. Au retour de Dominique, il fallut avouer ce désastre. Le coup fut terrible : le malheureux ne put ni oublier ni pardonner cette misérable histoire ; toujours il en souffrit et en fit souffrir.

Ce fils d'âpres paysans était, pour ses malades, d'une générosité légendaire ; il leur donnait ses vêtements, son linge ; un jour, après la Moskowa, il remit ses derniers napoléons à deux petits tambours qu'il venait d'amputer; il vendit le sabre oriental offert par Lannes après son duel avec Junot et, des quarante guinées qu'il en réalisa, il nourrit ses blessés d'Alexandrie. Mais chez lui, pour lui et pour les siens, il était d'une économie rigide; pendant la Révolution, il avait vu crouler tant de fortune, il avait assisté à tant de ruines subites, qu'il redoutait toujours le lendemain; il trouvait trop ouverte la main de sa femme, élevée à la cour de Marie-Antoinette, et réglait strictement ses dépenses; il donnait peu à son fils qui, la veille de sa première communion, demandait trois francs non sans fournir le détail exact de la dépense : vingt sols pour la confirmation, vingt sols pour l'offrande et vingt sols pour une promenade avec l'aumônier.

Les premières années d'Hippolyte se passèrent au milieu des récits de combats. En 1809, campagne d'Autriche, et les lettres du père racontent la capitulation de Vienne, le passage du Danube, à

l'île Lobau, la terrible bataille d'Essling, la foule des blessés nourris de bouillon de cheval salé de poudre à canon, l'amputation et la mort de Lannes, puis les meurtrières journées de Wagram où, avant la nuit, plus de cinq cents blessés encombraient l'ambulance. Le chirurgien en chef y déploya une telle activité qu'il y conquit le titre de baron et une dotation de cinq mille francs. Dominique, joyeux, écrit à Isaure qu'elle est « baronnette » et que désormais Lilite n'usurpera plus son nom de « Petit chevalier ». Larrey rentre à Paris en décembre 1809. Le 12 février 1812, il est nommé chirurgien en chef de la Grande Armée et rallie le quartier général à Mayence.

Il faut chercher dans les lettres à Isaure les vraies impressions de Larrey sur la campagne de Russie ; le quatrième volume des *Mémoires et Campagnes*, qui a trait à cette époque, date de 1817; la Terreur blanche finit à peine ; on est en pleine Sainte-Alliance, sous l'œil de la Congrégation et Larrey veut être prudent. Au cours de son récit officiel, il remplace le mot d'empereur par celui de « chef suprême de l'armée » et plus souvent par « on ». Il est autrement expansif dans ses lettres, du moins jusqu'à Moscou, et il conte avec entrain les combats de Wilna, de Vitebsk, l'assaut de Smolensk, où nos troupes laissèrent plus de six mille blessés, que, faute de linge, de charpie et d'attelles, Larrey dut panser avec du papier d'archives, de l'étoupe et des parchemins; à la Moskowa, même pénurie et nombre de blessés presque double. L'armée entre à Moscou que dévore déjà l'incendie et Larrey manifeste à Isaure tout son mépris « pour cette nation ignorante et barbare qui préfère un vain orgueil à son existence. »

Elle sauvait au contraire son existence avec son orgueil et, de ce jour, commence cette retraite à jamais lamentable où Larrey donna la plus haute mesure de son héroïsme; il pansa les blessés sans abris, dans la neige, au milieu de villages incendiés, par un froid de 28 degrés, tenaillés par la faim et toujours harcelés par des hordes de Cosaques. Il dompta le découragement, l'égoïsme; il accomplit tout son devoir, le cœur haut. Les soldats le savaient et le lui prouvèrent à la Bérézina ; Larrey a déjà franchi le fleuve; il a le courage de le repasser pour chercher ses caisses de secours. Sur le bord ennemi, le remous des fuyards l'entraîne dans la mêlée, sur les ponts croulants; il est foulé aux pieds parmi les voitures brisées, les chariots d'artillerie, les chevaux abattus, les conducteurs écrasés. Il va périr, mais on le reconnaît : la panique s'arrête, les soldats s'oublient pour ne songer qu'au salut de leur « providence »; on l'enlève, on le transporte de bras à bras et on le dépose sain et sauf sur la rive.

En janvier 1813, Larrey arrive à Posen; il reprend sa corres-

pondance avec Isaure et, malade, en proie au froid, à la soif, à la faim, il s'attendrit en pensant qu'Hippolyte, alors âgé de 5 ans, a passé les vacances à la campagne, entre sa mère et sa sœur et qu'il y a « mangé du raisin à discrétion ». Le retour est proche; on va se revoir. Mais la campagne de Saxe s'ouvre ; le chirurgien en chef est à Lutzen, à Bautzen, à Dresde, à Leipzig et, notre armée refoulée en France, il est à Brienne, à Montereau, à Méry, à Craonne où, renouvelant ses exploits de Madrid, il arme les paysans pour protéger ses ambulances. Après la prise de Paris et l'exil de l'empereur à l'île d'Elbe, il rentre parmi les siens pour s'y reposer moins d'un an, la durée de la première Restauration, et partir pour Waterloo. Dans la nuit, lors de la déroute et quand les derniers carrés sont foudroyés, il se fraie un passage, le pistolet au poing, à travers un gros de cavaliers ennemis; mais son cheval, frappé d'une balle, s'abat, et, lui, reçoit à la tête et à l'épaule gauche un double coup de sabre qui le renverse sans connaissance. Il est pris, désarmé, dépouillé; on va le fusiller lorsqu'il est gracié par Blücher. Il rentre en France — et c'est la fin de la grande épopée.

Avec le repos vinrent de cruels soucis : Larrey était sans fortune et la Restauration supprima le titre et les émoluments d'inspecteur général, ses dotations, les revenus de la Légion d'honneur; il ne conserva que sa place de chirurgien en chef de l'hôpital de la Garde. Il faillit alors quitter la France : on lui offrait aux Etats-Unis, au Brésil, en Russie, des avantages considérables ; mais le désir de rester parmi ses soldats le retint. Agité de sourdes colères, il assista aux horreurs de la Terreur blanche ; il vit périr de glorieux chefs de la Grande Armée, fusillés légalement comme Ney, ou massacrés par la populace comme Brune. Il perdit coup sur coup sa mère et son frère, François Larrey, chirurgien à Nîmes. Le travail seul put vaincre sa mélancolie : il eut ses malades, un ouvrage de chirurgie, son quatrième volume des *Mémoires et Campagnes* et surtout l'éducation de son fils Hippolyte.

Peut-être, pour cette dernière tâche, la main du père fut-elle trop pesante. Des héros nous avons l'exemple, mais on peut les craindre comme éducateurs. Dominique Larrey fut, avec son fils, autoritaire, sententieux, violent et sec; il était fier d'Hippolyte; il le marquait même trop et ne craint pas de lui écrire : « Je me félicite que la Providence et ta mère m'aient donné un enfant qui réunisse l'intelligence à un physique d'une perfection peu commune. » Mais il comprenait mal l'âme expansive de l'enfant et les besoins de sa jeune imagination. Au lieu des histoires de voleurs que le gamin demande, il lui expédie trois volumes de voyages

« pour munir, dit-il, son esprit de choses utiles » et lui annonce l'envoi de ses *Mémoires et Campagnes*. Il voilait tellement sa tendresse que l'enfant croyait ne pas être aimé de son père dont il ne découvrit l'ardente affection que très tard, au cours d'une fièvre typhoïde, en l'entendant frapper les murs de sa tête et crier : « Mon Dieu, j'en ai sauvé tant d'autres, sauvez-moi donc celui-ci. » Hippolyte n'avait pour son père qu'une respectueuse réserve et c'est sur les genoux de sa mère qu'il apportait ses effusions. Comme a dit Dumas, Dieu a bien fait de créer le cœur des mères, celui des pères ne suffirait pas.

Voué à la chirurgie militaire, dès avant sa naissance, il avait acquiescé au vœu paternel et, à dix-huit ans, au sortir de Louis-le-Grand, où il avait fait de remarquables études, il prit sa première inscription ; quelques mois après, il concourait pour l'Ecole de Strasbourg et y entrait premier; l'année suivante, en 1823, il était nommé sous-aide-major, toujours avec le premier rang, et on le détachait au Gros-Caillou, dans le service de Dominique Larrey. Pendant « les trois glorieuses », il se rangea aux côtés de son père, lorsque le vieux chirurgien, faisant tête aux bandes victorieuses qui voulaient massacrer les blessés de la garde royale, leur lança ce cri superbe : « Allez-vous-en ! Ces blessés sont à moi. » — En 1832, à vingt-quatre ans, Hippolyte enlevait le titre de docteur et presque aussitôt, prenait part au siège d'Anvers ; il y remplit tout son devoir, et même un peu celui des autres ; pendant les vingt-trois jours du bombardement, il ne quitta pas la tranchée, toujours au premier rang, mais avec tact, sans bruit, sans vaine ostentation. Le maréchal Gérard le proposa pour la croix ; mais le ministre de la guerre, Soult, duc de Dalmatie, trouva Hippolyte trop jeune et décora un de ses protégés plus jeune qu'Hippolyte.

Il avait repris son service au Gros-Caillou, sous la direction paternelle, quand éclata la première épidémie de choléra, la plus terrible, celle qui frappa la cité d'une folle épouvante. Le peuple accusait « l'ennemi » d'empoisonner les fontaines et les médecins de propager le fléau. Hippolyte, comme Dominique à Jaffa, vécut à l'hôpital, au centre de cette nouvelle peste, et parmi tant de dévouements, son dévouement fut tel, il déploya tant de zèle auprès des moribonds que, de nouveau, ses chefs réclamèrent pour lui la croix de la Légion d'honneur. Mais Soult était encore ministre et la proposition fut écartée. Le duc de Dalmatie, en frappant le fils, visait le père qu'il détestait depuis la campagne de Saxe. L'incident est historique et vaut d'être raconté :

Après la bataille de Bautzen, on constata, sur plus de deux mille recrues, une blessure identique à l'index droit ; les grands maréchaux, qui voulaient la paix pour jouir enfin de leur gloire, de leurs

duchés, de leurs richesses, osèrent affirmer que les jeunes soldats s'étaient mutilés volontairement pour regagner leurs foyers. L'Empereur furieux veut un exemple : on décimera les blessés; on en fusillera plus de deux cents. Larrey accourt, le visage bouleversé, les mains tendues : — Sire, on vous trompe ! Ces enfants sont innocents ; ils ne demandent qu'à servir encore la patrie. — Napoléon, pâle de colère, lui crie qu'il le trouve bien arrogant de prendre la défense de ces misérables : — Je vous donne, dit-il, vingt-quatre heures pour démontrer leur innocence. Allez. —Larrey examine un à un les mutilés ; il prouve que leur blessure vient de leur inhabileté dans le maniement du fusil. Son rapport convainc l'empereur dont la colère retombe sur les maréchaux, parmi lesquels était Soult. Et voilà pourquoi le fils de Dominique ne fut décoré ni après le siège d'Anvers, ni après l'épidémie de choléra.

En octobre 1834, Dominique Larrey emmène son fils à Rome, visiter la mère de Napoléon. Hippolyte nous raconte l'entrevue avec un respect religieux. Conduit par le cardinal Fesch, frère de Lœtitia, ils entrent, comme en un temple, dans le palais silencieux et s'arrêtent sur le seuil d'une salle dont la fenêtre ouverte montre au loin la tour du Capitole. Les portraits et les statues de tous les Bonapartes sont là; d'abord le père, Charles, puis les cinq fils et les trois filles que domine le buste colossal de Napoléon ; à côté, Joséphine, Hortense, son fils, le futur Napoléon III, Eugène, et enfin, au pied du lit, le roi de Rome dont le marbre gracieux, revenu de Sainte-Hélène, avait reçu le dernier regard de l'Empereur. Et là, au milieu de ce panthéon, dans ce rare cortège évoqué par David, Gros, Isabey, Gérard et Canova, les visiteurs aperçoivent, à demi couchée sur le petit lit de fer de Napoléon, la mère presque séculaire, blanche dans ses vêtements de deuil, d'une maigreur d'ascète, aveugle et les membres ankylosés. Sa tête, dont le profil, long et pur, rappelle celui de l'Empereur, est inclinée sur sa poitrine ; ses mains sont jointes. Oui, elle est bien telle qu'il l'a rêvée, « l'auguste aïeule, survivant au destin de sa famille, à la gloire et au martyre de Napoléon, à la mort du roi de Rome ». L'émotion d'Hippolyte fut inoubliable, et de ce jour date l'idée de son ouvrage sur *Madame Mère*.

Un concours pour l'agrégation s'ouvrit, l'année suivante. Hippolyte Larrey y prit part avec Malgaigne, Huguier, Lenoir, Sédillot, Cullerier, Chassaignac, devant des juges qui se nommaient Jules Cloquet, Roux, Laugier, Gerdy, Marjolin et Blandin. Larrey fut nommé, avec Sédillot, Lenoir et Malgaigne, et pour nous prouver que, depuis soixante-trois ans, rien n'a changé sous le soleil, et que les revendications d'aujourd'hui étaient celles d'hier, la *Gazette des Hôpitaux* écrit : « Comme toujours, les nominations

étaient faites à l'avance. » Grâce à son titre nouveau, Larrey suppléa Cloquet, pendant trois ans, dans sa chaire magistrale à l'hôpital des Cliniques. En 1841, au concours et à l'unanimité des voix, il devenait professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce où il eut bien vite conquis les élèves par son zèle et par sa parole, un peu froide peut-être, mais élégante et précise; il n'abordait son sujet qu'après s'être documenté à loisir et le traitait avec conscience et compétence.

A cette époque, Hippolyte Larrey était un beau jeune homme, dont le tableau de Pérignon a conservé la séduisante image : longs et doux yeux étonnés, comme alanguis par des paupières un peu closes, front large où la pensée flotte encore indécise, souples et abondantes boucles noires, aimable bouche et, comme impression générale, une physionomie à la fois fière et naïve. La tendresse de son cœur était voilée par une délicate réserve; à l'âge difficile où l'imagination s'enflamme et où le cœur s'affole, il avait maîtrisé les sentiments et les désirs suspects qui laissent après eux crainte, remords ou dégoût, et, dans la troublante atmosphère des salons, ce charmeur atteignait le seuil de la trentaine, intact et tout enivré encore des blanches illusions de son adolescence. A ce moment, il conçut un vif amour dont nous trouvons la trace dans sa correspondance : hors de Paris, dans ses voyages, la nostalgie le prend dès le départ; dès les premières étapes, il se précipite à la poste, il palpite à la vue du facteur, et, si la lettre espérée manque, le ciel lui devient vide et la terre est déserte.

Ce n'était pas sa première passion : à vingt ans, il aimait la fille d'un général connu; il voulait l'épouser. Dans le délire d'une fièvre typhoïde, son secret échappe devant son père; la jeune fille était pauvre, et, lui, Dominique, qui n'avait pas craint de prendre, joyeusement et plein de confiance dans l'avenir, la belle Elisabeth, dénuée de toute fortune, il redoute le même destin pour son fils; il lui signifia ou de renoncer au mariage ou d'épouser une femme riche. Le bon fils céda : son admiration pour le héros, mêlée à son respect pour le père, le faisait se courber toujours sous une autorité devenue despotique. La belle Isaure en souffrit aussi : ses prétendants s'enfuirent devant l'humeur jalouse de Dominique. Parmi eux, on citait Clot-Bey, dont la vie est un vrai roman. Enfant, il quitte son village et vient à Marseille avec sa garde-robe dans son mouchoir et trente francs dans son gousset; il entre comme garçon chez un barbier, apprend la médecine, puis se met au service de Méhémet-Ali, et, grâce à son génie d'organisation, il conquiert une des premières places dans l'Egypte « régénérée ». Il vint à Paris, au plein de sa gloire; l'Académie de médecine, l'Institut, le monde lui font un accueil triomphal; il fréquentait

chez les Larrey; on s'attendait à un mariage, mais il regagna l'Egypte sans demander la main d'Isaure désolée.

Cette tyrannie, pesante et cependant aimée, allait prendre fin. Pourtant le vieux chirurgien conservait sa vigueur première; il ne voulait abdiquer aucune de ses fonctions et sa surprise fut cruelle lorsque, en 1835, on lui accorda sa retraite de chirurgien en chef des Invalides. En 1839 il fit, avec son fils, un voyage dans le Sud-Ouest pour y revoir Baudéan, sa bourgade natale, où vivait encore sa sœur Geneviève; il y trouva sa maison délabrée. Le curé, qui l'habitait, brûlait les arbres fruitiers, aveuglait les vitres cassées par des bouchons de paille et laissait les lézardes entr'ouvrir les murs. L'année suivante, la *Belle Poule* ramène à Paris les cendres de l'Empereur; Larrey fut de l'inoubliable fête et malgré le froid, malgré ses soixante-quartorze ans, au bras de son fils, sous son manteau de campage, il escorta le cercueil à pied, de Courbevoie aux Invalides. En 1842, il réclame l'inspection des hôpitaux d'Algérie et part avec Hippolyte; le voyage fut triomphal, dans notre Afrique mal soumise encore et où Abdel-Kader tenait toujours la campagne. Ils voyageaient de camp à camp, éclairés par des spahis, escortés par des zouaves, et les soldats acclamaient le vieux chirurgien de l'Empereur. La fatigue était grande, mais le vieillard la supportait sans faiblir. Tout à coup, il apprend que la santé de sa femme décline; il hâte son retour et débarque à Marseille pour regagner Paris.

Quel douleureux calvaire que ce voyage! Pendant la traversée, Dominique Larrey est pris d'une vive oppression; le 8 juillet, à Marseille, elle augmente; le 11, un léger mieux se manifeste, mais comment s'en réjouir? De Paris, Isaure écrit que sa mère est très mal; Hippolyte répond en annonçant l'état du père, et ce fut, pendant plus d'une semaine, entre les deux enfants désolés, un échange de lettres où chaque jour le cercle se rétrécit de la sinistre certitude. On saigne cinq fois Dominique qui veut, malgré sa faiblesse, continuer son voyage; il gagne Toulon; il en repart le 16 et s'évanouit dans les bras de son fils; le 17, il est Aix; le 18, à Avignon où les forces diminuent encore; le 21, il se sent mieux, et, malgré de vives prières, il prend le bateau du Rhône pour Lyon; il y arrive le 24 et meurt le 25, à 9 heures du matin; à 5 heures du soir, le même jour, une lettre d'Isaure annonçait à Hippolyte la mort de sa mère. Une dernière amertume était réservée aux orphelins : Dominique Larrey voulait être enterré à l'infirmerie des Invalides, au milieu des gloires impériales; Soult répondit par un refus : la vieille haine de Bautzen ne désarma pas devant la mort.

La gloire a son envers qu'elle réserve, dit-on, pour la famille :

l'admirable héros que fut Dominique Larrey, ce bras, ce cœur prêts à toutes les tâches, cette âme ardente et généreuse fit porter aux trois êtres charmants qu'il adorait, sa femme, sa fille et son fils, le poids d'une autorité écrasante. Certainement, l'individualité d'Hippolyte eût été plus originale et frappée d'un coin plus net si, pendant trente-quatre ans, son initiative n'avait pas été brisée par les inflexibles arrêts de son père. Lorsqu'on regarde, au Louvre, dans la salle des Sept cheminées, les portraits des deux Larrey, le Dominique de Girodet et l'Hippolyte de Pérignon, placés côte à côte sur la cimaise, on s'inquiète en songeant aux heurts possibles entre deux êtres si dissemblables. A voir le front volontaire, le menton violent, la physionomie dominatrice du père, on tremble pour Hippolyte, pour son ingénuité naïve et sa délicate bonté.

Ces deux morts mirent en détresse l'âme du jeune Larrey; il se réfugia dans le travail; il avait ses leçons, ses élèves. Il fut nommé membre de notre Société et l'accueil qu'il y reçut fut si empressé que, au bout de trois années, il en était nommé le président. En 1850, l'Académie de médecine lui ouvrit ses portes et il échangeait sa chaire de pathologie contre la chaire de clinique chirurgicale. Pendant cette période il publia ses travaux les plus estimés, sa monographie sur l'adénite cervicale, son mémoire sur le trépan et ses recherches sur les plaies de la vessie. Il voulut reculer les limites de la conservation dans les traumatismes; mais, à l'époque où il la prêcha, sa croisade était stérile. Opérer ou ne pas opérer, le résultat était le même : la mort à brève échéance. Depuis, l'antisepsie, la doctrine de la conservation systématique est devenue féconde; nous l'avons érigée en dogme et je professe que dans les écrasements des membres, il faut s'abstenir : jamais d'amputation traumatique, telle est ma formule intransigeante. Le blessé, que l'intervention tuait parfois, guérit et dans de meilleures conditions, car la nature, plus avare dans ses procédés de réparations, sacrifie moins de tissus que la plus parcimonieuse de nos exérèses.

Bien qu'il fût décoré de la croix de Juillet, la chute de Louis-Philippe n'éveilla chez Larrey que des regrets médiocres. La République eut d'abord ses sympathies, puis il accueillit avec enthousiasme l'avènement de l'Empire. Nous qui ne pouvons oublier les proscriptions de son aurore, la guerre funeste de son couchant et la patrie mutilée, nous comprenons pourtant l'ardente admiration d'Hippolyte Larrey : il faut compter avec la reconnaissance et les souvenirs de famille. Au siège d'Alexandrie, son père avait couché, au bivouac, à côté de Bonaparte, tous deux recouverts par le même manteau, et, depuis, il avait suivi sa fortune des Pyramides au départ pour Saint-Hélène. Lui, Hippolyte, à sept ans, il avait vu le grand homme s'arrêter

devant lui et lui flatter la joue. Par la lecture des *Mémoires et Campagnes* et par les récits de son père, il avait vécu l'épopée impériale; il avait été accueilli par Madame Mère, il avait vu Joseph, et sa séduisante fille, la comtesse de Survilliers; il connut Louis et voua un culte à la mère du nouvel empereur, à la reine Hortense dont il s'entretenait souvent avec son charmant biographe, Julie Junot, duchesse d'Abrantès.

Napoléon III lui témoignait une amitié déférente; il en fit son chirurgien et, comme Corvisart était son médecin, on aurait pu se croire encore aux Tuileries de 1808, quand Napoléon I[er] avait auprès de lui, et aux mêmes emplois, un Corvisart et un Larrey. Dès le début du règne, Hippolyte invoqua la clémence impériale pour le grand sculpteur à qui l'on doit, parmi tant d'œuvres maîtresses, la statue de Dominique Larrey, érigée dans la cour d'honneur du Val-de-Grâce : David d'Angers, ardent républicain, fut, au coup d'Etat, incarcéré à Vincennes. Hippolyte court chez l'empereur qui commue la prison en exil. L'artiste se réfugie à Bruxelles, mais le climat y éprouve sa santé délabrée; Larrey multiplie alors les démarches et les mène avec une telle délicatesse, il ménage si bien la dignité de son ami, que David d'Angers, d'une fierté presque susceptible et dont les convictions n'avaient pas désarmé, crut pouvoir rentrer en France.

En avril 1859, Larrey fut nommé chirurgien en chef de l'armée des Alpes et partit pour l'Italie avec l'état-major du grand quartier général. Il y fut digne de son père : à Magenta, il était des ambulances de première ligne; à Solférino, où il reçut la croix de commandeur de la Légion d'honneur, son cheval, Tony, blessé au poitrail, allait s'abattre, quand Napoléon lui-même prévient Larrey du danger qu'il court. Larrey raconte qu'après la bataille, il fut chargé de remettre la croix à un blessé, au fusillier Breillac, qui avait tué, d'un coup de bayonnette, un général autrichien et rapporté, au camp, son épée et son chapeau à plumes. A l'ambulance, le chirurgien pique la croix à la chemise de Breillac et lui demande comment il remerciera l'empereur. « Eh bien, répond notre homme, dites-lui beaucoup de choses de ma part. » Pendant cette campagne, le chirurgien en chef put voir les manquements de l'intendance; ses idées sur l'autonomie du service de santé étaient faites et il commença cette lutte de plus de vingt années, mais où il eu l'honneur de porter le coup triomphant.

Un dernier malheur de famille avait frappé le baron Larrey. Isaure mourut du mal qui devait plus tard emporter Hippolyte. La pauvre femme, dans les dernières années de sa vie, n'était plus la douce, la charmante, la sensible Isaure dont la beauté avait fait s'incliner le grand Napoléon, dans une revue, en 1815. Son carac-

tère s'était aigri; elle occupait, dans le ménage, la place que « la pauvre mère de douleurs » n'avait plus la force de tenir; il fallait résister aux volontés du père, et elle y prit quelque raideur; puis elle devint vieille fille, souffrit de voir fuir la jeunesse sans mari et sans enfants; enfin, elle fut toujours un peu jalouse de l'affection de son frère qui, tout jeune, distingua chez elle ces inquiétudes de cœur et, pour calmer ses craintes, lui écrivait de bien naïves lettres : « Aujourd'hui je viens à toi, à toi seule et presque sans papa ni maman. » Mais ces tristesses et ces nuages étaient passagers; le frère et la sœur s'aimaient profondément et lorsque Isaure, enfin apaisée par son mariage avec le Dr Périer, médecin en chef des Invalides, fut emportée après un an de souffrances, la douleur fut grande pour Hippolyte désormais isolé dans la vie.

Du moins, il continuait l'ascension de sa brillante carrière. En 1858, il quitte la chaire de clinique chirurgicale et la sous-direction de l'École du Val-de-Grâce, incompatibles avec les fonctions de médecin-inspecteur. Il préside l'Académie de médecine en 1863, et en 1867 il remplace Civiale à l'Académie des sciences; il succède à Maillot comme président du Conseil de santé des armées; il était commandeur de la Légion d'honneur et avait reçu des cours étrangères presque autant de croix qu'un diplomate; enfin l'empereur lui continuait sa puissante amitié. Au camp de Châlons où il l'accompagnait tous les ans, Larrey soupçonna, dès 1865, l'existence d'une pierre dans la vessie; le tableau clinique était complet et pour affirmer le diagnostic, il ne manquait que le heurt de la sonde métallique sur le calcul. Au retour, une consultation eut lieu avec Nélaton et Jobert de Lamballe; mais Napoléon s'opposa à toute exploration se souvenant des souffrances qu'un simple cathétérisme lui avait fait endurer à Vichy. La pierre grossit, la cystite s'aggrava et la néphrite survint. Telle est la vérité sur cette maladie qui suscita de si retentissantes polémiques.

Désormais, le baron Larrey n'eut plus de sécurité auprès de son malade; en 1869, il accompagna l'impératrice en Corse. Il devait aussi la suivre à l'inauguration du canal de Suez; mais, dans un bal offert par les officiers de marine sur le pont du vaisseau qui ramenait l'impératrice à Marseille, il eut la vision des splendeurs que préparait l'Égypte à la souveraine de France, encore dans l'éclat de sa radieuse beauté : ce cortège d'artistes, de savants, d'officiers accourus pour ces fêtes uniques, dans la lumineuse contrée; puis il songea tout à coup à l'empereur vieilli, soucieux, accablé par un mal qui s'aggravait sans cesse au milieu d'intolérables crises. Non! sa place n'était pas dans ces festins et ces bals, parmi les adorateurs du soleil levant, agenouillés devant la future régente; elle était à Paris, auprès de son malade qu'il

aimait et, pour obéir à ce sentiment rare, il déclina le fastueux honneur de suivre l'impératrice.

L'année suivante éclate la guerre inexpiable. Larrey est nommé chirurgien en chef de cette armée qui, par une dérision cruelle, s'appelle l'armée du Rhin; il rallie le quartier général à Metz; il assiste à la bataille de Borny, se rend au camp de Châlons, erre plusieurs jours, à la recherche de Bazaine; il est enfermé à Montmédy que l'ennemi bombarde; il en sort, gagne la Belgique et rentre à Paris avant l'investissement. L'empereur était prisonnier, l'impératrice et le prince impérial en fuite, l'Empire renversé. Le Gouvernement de la Défense fait Larrey chirurgien en chef de l'armée de la capitale; pendant la Commune, il remplissait les mêmes fonctions à Versailles. A l'entrée des troupes régulières dans Paris, les insurgés allaient mettre le feu à sa maison de la rue de Lille, lorsque l'un d'eux apprend qu'elle appartient à Larrey; il se rappelle avoir été soigné par lui au Val-de-Grâce; il arrête ses compagnons, leur conte la douceur et la bonté du médecin et c'est ainsi que furent conservés les œuvres d'art et les collections précieuses dont nos Musées ont hérité. En 1872, sonna l'âge de la retraite; Larrey était encore en pleine vigueur, on pourrait dire en pleine jeunesse, et, pour marquer le regret qu'il avait à se séparer de lui, le ministre de la guerre le promut à la dignité de grand-officier de la Légion d'honneur.

C'est le baron Larrey de cette époque, le baron Larrey d'après sa retraite que notre génération a connu. On le voyait à la Société de chirurgie, à l'Académie de médecine, au palais Mazarin, toujours présent, toujours exact, aimable, souriant et d'une politesse vraiment extraordinaire. Si nous en croyons la statue du Val-de-Grâce, il ressemblait à son père ; il était petit comme lui, mais de taille bien prise et d'épaules robustes; sa tête, un peu grosse, était encore ornée des cheveux admirables de sa jeunesse, souples, bouclés et maintenant d'une blancheur de neige; un front haut et large, des yeux noirs doux et bons, un nez grand et de lignes pures, une bouche bienveillante, un teint d'une « pâleur superbe » donnaient à sa physionomie une très rare distinction. Sa figure attachait le regard et les étrangers, de passage dans nos sociétés savantes, demandaient tout d'abord le nom de ce beau vieillard dont « les gestes, la démarche, la façon de parler étaient, nous dit Bianchon, d'un soldat, d'un savant et d'un gentilhomme accompli. »

Bon, obligeant, affable, courtois, il était de conscience droite et détestait l'injustice; il osa refuser à l'impératrice l'avancement trop rapide d'un protégé et la souveraine lui en garda rancune. Dans une lutte académique où nous étions engagé, nous le vîmes résister aux instances d'une princesse issue des Bonapartes. Vertu

bien rare, il admettait qu'on fût honnête dans un autre parti que le sien. Il vécut de sa médiocre aisance et ne chercha jamais la fortune. Cette tenue morale, cette obéissance à de hautes règles n'enlevait rien à sa bonne humeur. Il aimait les histoires gaies et conte, dans ses *Mémoires*, qu'un officier qui sacrait et jurait à l'ambulance, en fut réprimandé doucement, par une jolie sœur de charité. — Et qui êtes-vous, crie le soldat, pour me parler ainsi? — Je suis, répond la sœur rougissante, je suis la fille du Seigneur. — Ah! vous êtes la fille du Seigneur! Eh bien, voulez-vous m'aider à devenir son gendre?

Hippolyte Larrey ne fut point un « déraciné » ; il était né à Paris, mais d'origine pyrénéenne ; il revenait souvent prendre contact avec la terre des aïeux. Le village, où deux plaques de marbre signalent la maison des Larrey, Beaudéan, marque la fin de la vallée de Campan, là où elle s'évase comme une immense coupe d'émeraude en avant de Bagnères-de-Bigorre. Heureux pays que Virgile eût chanté comme une autre Tempé sous le ciel changeant du Sud-Ouest, avec ses prairies veloutées, ses peupliers tremblants, ses fraîches oseraies, ses ruisseaux d'irrigation gais et lumineux dans une herbe toujours renaissante. Ils sont puisés au jeune fleuve qui vient de naître de la confusion des trois gaves de Tourmalet, de la Séoube et de l'Esponne ; ainsi formé, l'Adour ondule, se brise sur les rochers roulés, puis son eau glauque se ramasse et saute en cascade pour se résoudre en poussière d'argent dans un entonnoir de verdure, tandis que, au premier horizon, l'Arbizon et le pic du Midi de Bigorre se dressent dans toute leur gloire.

A vingt ans, lors d'un premier voyage, il y avait encore trouvé quelques débris de sa famille ; plus tard, quand la vieille tante Geneviève fut morte, il fit, de la maison paternelle, un asile pour les enfants du village. Par un testament daté de Sainte-Hélène, Napoléon I[er] avait laissé cent mille francs à Dominique Larrey « le plus honnête homme de l'Empire » ; mais l'Empereur s'était exagéré sa fortune et tous les legs durent être réduits ; Larrey ne toucha que quarante-trois mille francs. Napoléon III ne voulut pas laisser en souffrance les générosités de son oncle et « sur sa cassette », il parfit les cent mille francs. Hippolyte Larrey ne garda rien de cette somme inattendue et, avec une générosité qu'on n'a pas assez louée, il arrangea sa maison pour la donner aux pauvres après l'avoir dotée d'une rente suffisante.

En 1860, il fut conseiller général du canton de Beaudéan et il le resta jusqu'à la guerre. Au Seize Mai, il se présenta contre l'un des 363 et devint député de Bagnères; il siégea dans le groupe de l'Appel au Peuple. Aux élections suivantes, les

conservateurs crurent habile de lui substituer Paul Fould et M. Constans fut élu. Du moins, son passage à la Chambre fut marqué par le vote de la loi sur l'autonomie du service de santé. On sait quelle humble place occupait jadis le médecin dans la hiérarchie militaire. Mais lorsque Dominique Larrey eut créé les ambulances volantes où le médecin affronte les mêmes dangers que les soldats, cette inégalité devint odieuse : celui qui est aux mêmes périls, doit être aux mêmes honneurs, et l'assimilation des grades fut un premier progrès; plus important fut l'autonomie du service de santé jusqu'alors subordonné à l'Intendance. Hippolyte Larrey prit cette cause en main. Son discours à la Chambre emporta les dernières résistances et la réforme fut votée.

Nous voici en 1878. Le baron Larrey était septuagénaire et sa vieillesse menaçait d'être bien isolée dans son foyer désert. Un bonheur lui survint, digne de sa bonté et de ses nobles sentiments. Comme membre du Conseil de l'Ordre de la Légion d'honneur, on lui soumit le dossier d'une jeune fille qu'on nommait déjà : l'héroïne de Pithiviers. Les généraux avaient signalé dans plusieurs ordres du jour et, à défaut de croix, Gambetta avait marqué d'une mention honorable la vaillance de cette enfant de vingt ans qui, au milieu des Prussiens, hôtes imposés à sa maison, avait osé dérober les dépêches allemandes par un fil de fer sur un appareil Morse, les faire traduire et les envoyer, à travers les lignes ennemies, jusqu'aux chefs de notre armée de la Loire. Elle eut le sang-froid, la présence d'esprit, le courage de mener à bien, pendant dix-sept jours, cette redoutable entreprise qui sauva nos troupes, à Gien, d'un désastre irréparable. Elle fut dénoncée, arrêtée, condamnée; elle allait être exécutée lorsqu'elle fut graciée par Frédéric-Charles.

Après la guerre, la jeune fille reprit avec sa mère son modeste emploi dans les télégraphes, tranquillement, sans bruit, sans fanfares autour de son nom. Mais quand la France put enfin respirer et dresser le bilan de l'Année terrible, au milieu des fautes, des erreurs, des trahisons, des déroutes, on vit surgir des actes d'héroïsme et de dévouement ignorés jusqu'alors de la foule. Le décret du gouvernement qui convertissait en médailles militaires les mentions honorables de Gambetta mit, tout à coup, en vive lumière l'héroïne de Pithiviers et, dès ce jour, son nom fut populaire; d'une voix unanime, on réclama pour elle la croix de la Légion d'honneur; le baron Larrey la vit, elle et sa mère, et fut séduit par le charme le plus pénétrant, celui d'une âme supérieure qui s'ignore elle-même, d'un cœur qui se dévoue d'un élan spontané et parce que telle est sa nature. Nous vénérons les vertus conquises par une lutte incessante contre d'égoïstes instincts, mais combien

plus de séduction ont les grâces natives qui s'épanouissent sans effort comme la fleur du matin. La nouvelle légionnaire était de cette race élue; elle fut héroïque, comme elle est bonne : son cœur le veut ainsi.

Son parrain dans la Légion d'honneur fut le baron Larrey ; elle devint pour lui la fille la plus obstinément et la plus tendrement dévouée. Dans notre France ironique, nous croyons plus à l'amour tout court qu'à l'amour paternel et le bruit du mariage du baron Larrey avec sa filleule avait été si souvent annoncé qu'il était pour beaucoup une certitude. Mais les intimes savaient bien que seuls les sentiments de fille et de père les unissaient l'un à l'autre. Grâce à elle, les dernières années de son parrain ont été bénies : il passait ses soirées avec elle et sa mère à raconter les jours héroïques. Elle connut bientôt, dans leur intimité, le grand Larrey, la douce Laville, la tendre Isaure, le petit chevalier dont elle suivait, dans ces récits quotidiens, la belle et régulière ascension. Et si, aujourd'hui, j'ai pu vous esquisser les traits des deux Larrey, je le dois à la mémoire fidèle de cette fille d'adoption.

Hélas! elle put épancher trop tôt le dévouement qui la tourmentait. Le baron Larrey dont la vigueur, à quatre-vingt-sept ans, était devenue légendaire, reconnut, un jour, les atteintes du mal qui avait emporté sa sœur. Il lutta quelque temps; il paraissait à l'Académie, plus blanc, plus pâle et les traits affaissés, mais toujours avec son grand air noble et bon; puis il se retira à Bièvre avec son incomparable infirmière qui, sous la direction des professeurs Guyon et Potain, essaya d'atténuer les douleurs dont souffrait son cher malade. Il fut stoïque et vit arriver la mort avec sérénité ; un prêtre voulut l'assister; il le reçut avec bienveillance mais refusa son ministère : — « J'ai toujours, lui dit-il, suivi la ligne droite sur les traces de mon père dont l'image m'a guidé à travers la vie. » — Il s'éteignit, le 8 octobre 1895, dans la chambre où était morte, cinquante-trois ans auparavant, sa mère bien-aimée. Ses funérailles furent dignes de lui et nul de nous n'oubliera la cour d'honneur du Val-de-Grâce, la foule recueillie sous les froids rayons d'un ciel d'automne, les soldats en armes, les flammes des lanciers, les roulements des tambours voilés de crêpe, la chapelle tendue de deuil, les trophées de drapeaux au faîte des colonnes et, sur les marches du large péristyle, en face du catafalque couvert de fleurs, les orateurs retraçant la noble vie du fils en évoquant le souvenir du père, le grand Dominique Larrey, là, debout sur son piédestal.

Prix décernés en 1897.

Prix Duval. — Ce prix, fondé par M. Marjolin, est de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à M. Georges Marion, prosecteur à la Faculté de médecine, pour sa thèse intitulée : *De l'intervention chirurgicale dans les cas d'ulcère simple de l'estomac.*

Prix Demarquay. — Ce prix est de la valeur de 700 francs.

Il est attribué à M. Villière, interne à la Pitié, auteur du mémoire sur le *Traitement de la gangrène pulmonaire*, ayant pour devise : *Fac et spera.*

Prix Laborie. — Une somme de 3,000 francs est accordée à M. Albert Mouchet, interne des hôpitaux, aide d'anatomie, auteur du mémoire sur les *Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus*, ayant pour devise : *Fac et spera.*

Prix à décerner en 1898.

Prix Duval (300 fr.). — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1897.* — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (2,400 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.*

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1897.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.



BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 5 JANVIER 1898

Présidence de M. DELENS

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dépose sur le bureau de la Société un mémoire de M. Tavel (de Berne), intitulé : *Infection et désinfection des plaies par armes à feu* (Renvoyé à une commission : M. Broca, rapporteur).

Rapports.

I. — *Calculs creux du rein*, par M. BÉGOUIN (de Bordeaux).

Rapport de M. TUFFIER.

Nous avons reçu de M. Bégouin (de Bordeaux) une observation très intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique des concrétions calculeuses du rein. Il s'agit de deux calculs creux du rein, recueillis à l'autopsie d'un prostatique de soixante-deux ans, mort de rétention d'urine incomplète et chronique. Outre les lésions vésicales et prostatiques classiques, il existait, au niveau du rein gauche, les lésions suivantes : le rein était réduit à une mince capsule fibreuse servant d'enveloppe à deux masses dures, que l'incision montra être deux masses calculeuses, dont la surface externe adhérait assez intimement à l'enveloppe fibreuse pour qu'il fallût les détacher avec l'ongle. Il existait

ainsi deux poches ne communiquant pas entre elles et dont la plus grande se continuait en bas avec l'uretère atrophié, mais perméable, jusqu'à la paroi vésicale où il s'oblitérait.

Quant aux concrétions, l'une, avait le volume et la forme d'un bel œuf et pesait 43 grammes; l'autre, grosse comme une noix, pesait 8 grammes. L'une et l'autre étaient de couleur blanc jaunâtre. De forme régulière, elles offraient une surface inégale, rugueuse, une consistance très dure, donnant l'impression d'une paroi osseuse légèrement élastique. A la coupe, ces pierres s'écrasèrent sous la pression du couteau; de la plus grosse il s'échappa un liquide de couleur acajou qui, s'il n'avait pas l'odeur de l'urine, en avait tout l'aspect; l'examen de ce liquide, fait par M. Barthe, permit de conclure qu'il était d'origine urinaire. La seconde pierre était creuse, contenait un peu de pus renfermant des colibacilles. Ouverts, les deux calculs ressemblaient à des coquilles, épaisses de 2 à 3 millimètres, à surface interne rugueuse, tapissée d'une sorte de membrane réticulée, rouge sang par places et qui en se desséchant est devenue noire; l'examen microscopique a démontré qu'elle était formée par du mucus et des hématies. Interposée entre l'œil et la lumière, la coque est transparente en presque tous ses points, mais inégalement. L'analyse chimique, faite par M. Barthe, a montré que le calcul était formé en grande partie de phosphate de chaux, et en bien moins grande partie de carbonate de chaux et de phosphate de magnésie. Les phosphates étaient en proportion tout à fait insolite, ce qui démontre qu'ils provenaient en grande partie de la précipitation des phosphates terreux de l'urine, sur la muqueuse enflammée du bassinet.

L'examen histologique de la paroi calcaire, fait par M. Sabrazès, a montré qu'elle était constituée par des stratifications enkystées, dans l'intervalle desquelles on trouve des colibacilles, sans éléments cellulaires reconnaissables.

On peut supposer que ces calculs ont été formés par des dépôts successifs de matière calcaire sur toute la surface de la muqueuse enflammée du bassinet. L'orifice supérieur de l'uretère aurait été obstrué avant que l'urine se fût écoulée, ce qui expliquerait son enveloppement par la paroi du calcul; l'urine aurait alors contribué à l'épaississement de cette paroi en y laissant précipiter des phosphates terreux.

II. — *Diagnostic et traitement des péritonites septiques diffuses produites par l'ulcère perforant du duodénum*, par MM. Rochard, Guinard, Sieur et Loison.

Rapport par M. ED. SCHWARTZ.

Vous m'avez chargé de vous rendre compte de quatre observations, portant toutes sur des cas à peu près semblables, et présentées par ordre de date par MM. Rochard, Guinard, Sieur et Loison. Elles ont trait à des ulcères perforants du duodénum; dans trois cas, on a fait la laparotomie; dans le cas du Dr Loison, on s'est abstenu; toutes se sont terminées par la mort rapide des malades opérés et non opérés.

L'observation de M. Rochard concerne un homme de quarante-six ans, employé des pompes funèbres, entré à l'hôpital Lariboisière, salle Chassagnac, n° 15, le 14 mars 1897, au soir. L'interne de garde ne jugeant pas utile de faire venir le chirurgien de garde, le malade n'est vu que le lendemain matin, 15 mars, et présente l'état suivant : grande prostration, face pâle, yeux excavés, langue blanche; de temps en temps, mouvements comme choréiques des membres et du corps.

Il raconte qu'il y a quatre jours, en soulevant un poids assez lourd, il a senti un craquement, et immédiatement une douleur très vive dont on ne nous dit pas le siège et envahissant tout le ventre en peu de temps. Depuis, il n'a pas eu d'émission de gaz, aucune selle. Le ventre est normal, pas ballonné. Pas de douleur localisée; la palpation provoque une douleur très vive de toutes les parties que l'on comprime, mais on ne perçoit aucune tumeur, aucune fluctuation. Partout il y a du tympanisme, il n'y a pas de vomissements, mais du hoquet. Le pouls est petit, intermittent, à 110. La température axillaire est de 37°,2.

On pense à une occlusion intestinale, et on lui donne de l'huile de ricin par petites cuillerées à café, une toutes les heures. Aucun résultat n'étant obtenu, on procède, à 3 heures de l'après-midi, à l'opération.

Incision médiane depuis la symphyse jusqu'à trois travers de doigt en dessous de l'appendice xyphoïde. Pour avoir plus de jour, on incise à droite le grand droit de l'abdomen, on fait l'éviscération, on ne trouve ni étranglement, ni perforation, mais de la péritonite généralisée, des néomembranes sur la paroi et les intestins, et du pus plein le petit bassin. Comme les liquides semblent venir de la partie supérieure de l'abdomen, on cherche de ce côté et on trouve une perforation qui paraît siéger sur la

petite courbure de l'estomac du côté du pylore. C'est par elle que coulent les liquides; tout autour d'elle, il y avait des adhérences ; son calibre était tel qu'on pouvait y introduire la pulpe de l'index ; ses bords paraissent cicatriciels; elle est très profondément située et difficile à atteindre. Malgré tout, on arrive à l'oblitérer à l'aide de suture séro-séreuse; on fait un grand lavage du péritoine avec de l'eau boriquée chaude; après l'avoir étanché, on referme le ventre rapidement à cause de l'état très grave de l'opéré, qui succombe deux heures après dans l'hypothermie. L'autopsie, outre la péritonite suppurée, avec collection dans le bassin, a permis de se rendre compte du siège exact de l'ulcère, qui occupe le bord supérieur de la première portion du duodénum, tout près du pylore.

Voici l'observation de M. Guinard :

Le 10 mars 1897, il est appelé d'urgence auprès d'un malade couché au 21 de la salle Nélaton, à l'hôpital Lariboisière. Ce malade, âgé de trente ans, a été pris la veille, il y a exactement vingt-huit heures, pendant son déjeuner dans un restaurant, d'une douleur extrêmement vive dans l'épigastre. Elle était si angoissante qu'il quitta aussitôt l'établissement et vint s'affaisser sur un banc d'un square voisin. C'est là que des agents l'ont recueilli pour l'emmener à l'hôpital où il a été d'abord admis dans un service de médecine. Dans la soirée, la douleur s'est généralisée à tout l'abdomen et les vomissements sont survenus. Le lendemain matin, l'état général s'était aggravé; il y avait de l'oligurie et une absence totale de selles et d'émission de gaz par l'anus. Dans l'après-midi, le malade fut passé salle Nélaton, où M. Guinard l'examina à 4 heures du soir.

Ce qui frappe tout d'abord, dit-il, c'est la gravité de l'état général, le facies péritonéal, le pouls petit et rapide, l'abaissement de la température (36°,8). La région épigastrique est notablement plus ballonnée que la sous-ombilicale, et on constate très facilement que la matité hépatique est remplacée par un tympanisme manifeste. L'interrogatoire du malade ne décèle, comme antécédents, que de légers accidents gastriques. Il y a eu de la gastralgie, pour laquelle on lui a ordonné des traitements anodins.

M. Guinard, se basant sur ces signes et sur le début brusque, violent, avec douleur irradiée plus tard dans le ventre, diagnostique une péritonite par perforation, et, probablement, une perforation de l'estomac par un ulcère simple. Il propose aussitôt la laparotomie qui est acceptée et pratiquée séance tenante.

Anesthésie à l'éther. Incision de l'appendice xyphoïde à l'om-

bilic. Après avoir traversé une couche d'œdème propéritonéal, il ouvre la cavité abdominale, et un jet de gaz s'échappe aussitôt, bientôt suivi par des flots de bile jaune, mêlée à du liquide purulent ; il s'en écoule environ un litre et demi. Les voies biliaires explorées sont trouvées normales, ainsi que l'estomac. S'apercevant alors que la bile fraîche apparaît incessamment du côté du duodénum, il agrandit l'incision par en bas, pour arriver plus facilement sur la lésion, et il constate alors qu'il existe à mi-hauteur, sur le bord droit de la deuxième portion du duodénum, une perforation qui a les dimensions d'une lentille ; elle était difficile à découvrir, car elle laissait passer constamment de la bile qui la masquait, à mesure que des éponges montées tentaient de la mettre au jour. Toutefois il arrive à la fermer par un surjet séro-séreux à la soie, et, pour assurer encore mieux l'occlusion, on fixe par un autre surjet l'entrée du pylore au devant de la suture. On s'assure alors qu'il ne s'écoule plus aucune trace de liquide, on place un tamponnement à la Mikulicz, en ayant soin qu'un gros drain en caoutchouc vienne au contact des parties suspectes. Fermeture du ventre au-dessus et au-dessous. Malgré les injections d'éther, de caféine, de sérum, l'opéré a succombé quatorze heures après l'intervention.

L'autopsie a démontré qu'il s'agissait bien d'un ulcère du duodénum, siégeant un peu au-dessous et à droite de l'ampoule de Vater, ce qui explique que la bile était déversée, pour ainsi dire, directement dans le péritoine. Une autre ulcération de mêmes dimensions, mais non perforée, existait à 1 centimètre au-dessous de la précédente. Les sutures étaient très suffisantes et l'oblitération hermétique.

Comme M. Rochard, M. Guinard insiste sur le diagnostic de perforation qui a été possible dans son cas, et sur ce fait que l'intervention doit être la plus prompte possible, si on veut avoir quelques chances de succès.

Quoique l'observation présentée par M. Sieur soit étiquetée ulcère du pylore, il s'agit encore d'une péritonite aiguë généralysée consécutive à la perforation brusque d'un ulcère duodénal, traitée par la laparotomie et mortelle.

Un soldat de vingt-trois ans, qui avait fait, avant son incorporation, de nombreux excès alcooliques, mais s'en était corrigé depuis sa présence au régiment, est pris, quarante-huit heures avant son entrée à l'hôpital, pendant une marche, et après avoir absorbé une tasse de café, d'une douleur aiguë siégeant au niveau de l'épigastre, et s'irradiant dans l'hypocondre droit et l'épaule du même côté. État nauséeux, mais pas de vomissements. La douleur

à la pression est très vive dans tout l'abdomen, et surtout à droite, les muscles se contractent énergiquement dès que l'on veut palper profondément. Le malade est admis à l'hôpital, on lui fait prendre un lavement, qui provoque une selle sans caractère spécial. Dans la nuit surviennent des vomissements bilieux; la douleur, loin de s'atténuer, ne fait qu'augmenter, et envahit progressivement toute la partie supérieure de l'abdomen, au niveau de laquelle on ne trouve cependant ni tympanisme, ni matité. Pas de selles, ni de gaz par l'anus, ce qui fait songer à la possibilité d'une occlusion intestinale et administrer des lavements gazeux. Au bout de vingt-heures, comme il n'y a aucune amélioration, on évacue le malade sur un service de chirurgie, où M. Sieur l'examine. Le facies est fortement grippé, la température est de 37°,4; elle était la veille au soir de 38°,5, le pouls est petit, dépressible à 100 pulsations; la respiration est fréquente, trente inspirations à la minute; depuis vingt-quatre heures, vomissements incoercibles, verdâtres, d'odeur forte, mais non fécaloïdes, urine normale et ventre tendu, modérément et uniformément ballonné, sans aucune anse formant relief à la surface, sonorité exagérée, faisant disparaître en partie la matité hépatique; douleur très vive exagérée par la pression, mais ayant son maximum au niveau de la région sus-ombilicale, et particulièrement au voisinage de l'extrémité antérieure de la 10e côte.

Pas trace de hernie, toucher rectal négatif.

M. Sieur juge une intervention immédiate utile, après avoir posé le diagnostic de péritonite infectieuse. L'opération est faite aussitôt.

Incision sur la ligne blanche, allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Le péritoine pariétal est fortement injecté et sitôt après son ouverture, il s'écoule une certaine quantité de liquide louche sans odeur fécaloïde. Le bord inférieur du foie est parsemé de dépôts membraneux de formation récente; des dépôts semblables, formant des adhérences molles et sans consistance, recouvrent les anses intestinales, surtout à droite. Après avoir examiné et relevé le tablier épiploïque, et constaté qu'il ne présentait aucune anomalie, on voit que les anses intestinales sont mobiles et qu'aucune d'elles n'est affaissée, tordue ni étranglée.

Dirigeant alors ses investigations vers la face inférieure du foie, sous laquelle existent des lésions inflammatoires plus avancées, l'opérateur entend un bruissement particulier, indiquant l'issue de bulles de gaz. On sectionne le muscle droit antérieur à droite, afin de mieux explorer le fond de l'abdomen, et l'on voit sourdre profondément vers le hile du foie, un liquide verdâtre mêlé de gaz, analogue à celui vomi par le malade. Cet écoulement aug-

mente d'abondance, quand on appuie sur l'estomac, et on arrive enfin à trouver une perforation, qui siège sur la première portion du duodénum, au niveau de sa face postéro-supérieure.

L'orifice a des dimensions suffisantes pour admettre l'extrémité du petit doigt; ses bords sont irréguliers, amincis et à la moindre pression exercée sur l'estomac, il livre passage à un flot de liquide verdâtre.

Ne pouvant songer à pratiquer une résection, étant donné l'état général du blessé, M. Sieur essaie de fermer la perforation à l'aide de points de suture; les fils de catgut fort, n° 4, sectionnent les tissus; même pris à distance, ils ne tiennent pas; il songe alors à isoler le foyer de la perforation de la grande cavité péritonéale en suturant à une partie de son pourtour une certaine étendue de péritoine pariétal, tandis qu'en bas et en dedans, on a recours au tablier épiploïque, dont une partie est relevée, repliée et fixée, d'une part, à la paroi, d'autre part, à l'ulcération. Enfin, deux drains sont introduits, l'un dans l'estomac, l'autre dans le duodénum, pour amener plus facilement au dehors les liquides septiques, et, à leur pourtour, l'on tasse avec soin une longue mèche de gaze antiseptique.

Un gros tube à drainage est glissé dans la fosse iliaque droite et fixé à la partie déclive de l'incision, qui n'est que partiellement refermée. Durée de l'opération, quarante-cinq minutes.

Malgré une amélioration immédiate qui faisait bien augurer, l'opéré meurt trente-six heures après l'intervention, avec tous les signes de la péritonite.

L'autopsie montre une péritonite généralisée, surtout à droite, avec néomembranes purulentes, surtout au niveau de l'épiploon, du foie, de l'estomac. La perforation siège dans le point indiqué; elle est ovalaire et à un grand diamètre de deux centimètres. Les bords en sont déchiquetés, friables et taillés en biseau aux dépens des membranes musculeuse et muqueuse du duodénum.

Nulle part, aucune trace d'ulcération, ni sur l'estomac, ni sur l'intestin. L'examen des autres viscères n'a rien révélé de particulier.

M. Sieur fait suivre son observation de quelques réflexions sur le diagnostic et le traitement. Il insiste sur les difficultés du diagnostic, sur la confusion fréquente avec l'étranglement interne et l'appendicite, à cause de la localisation de la douleur à droite et des fusées purulentes dans la fosse iliaque de ce côté; il conclut que, dans une laparotomie pour péritonite aiguë de cause un peu obscure, on ne devra jamais négliger d'examiner le duodénum, si l'on ne trouve pas immédiatement le point de départ de la péritonite dans une obstruction intestinale ou du côté de l'appendice.

Pour peu qu'il y ait soupçon de péritonite, il combat l'usage des purgatifs, des lavements, qui augmentent la sécrétion intestinale, activent les mouvements et diffusent, par conséquent, les agents septiques. Cette pratique, amenée par ce fait que presque toujours il y a eu absence de gaz et de selles par l'anus, a, de plus, le grand désavantage de faire perdre un temps précieux pour l'intervention, qui, pour être utile, doit être le plus précoce possible ; la statistique déplorable des laparotomies pour perforation duodénale est due à ce que l'on opère trop tard et d'une façon insuffisante. Nous y reviendrons plus loin.

La dernière observation est celle de M. Loison.

Il s'agit encore d'un homme jeune, un officier de trente et un ans, atteint depuis longtemps de troubles dyspeptiques qu'il traitait en faisant lui-même le lavage de l'estomac ; il fut pris brusquement, vers 1 heure du matin, dans la nuit du 27 au 28 septembre 1897, après une absorption de boissons glacées, de douleurs violentes dans le côté droit de l'abdomen, puis irradiées dans tout le ventre. Traité chez lui par les injections de morphine, qui ne produisirent aucun calme, il prit un purgatif (huile de ricin), qui ne fut suivi d'aucun effet. La situation ne s'améliorant pas, on le transporta douze heures après au Val-de-Grâce, où on le vit à 7 heures du soir, soit dix-huit heures après le début. Il eut deux vomissements alimentaires dans la matinée, de nombreuses éructations gazeuses dans la journée, sans un gaz par l'anus. On constate une dépression profonde ; le malade est plié en deux, pousse des gémissements ; sa peau est couverte de sueurs visqueuses, ses extrémités sont froides, le pouls est imperceptible à la radiale, le cœur bat cent quarante fois à la minute ; la respiration est à 44 ; la température axillaire est de 36°,4. Le ventre, peu ballonné, est difficile à explorer, à cause de la contraction des muscles ; il est très douloureux ; il existe une sonorité périhépatique manifeste avec matité dans la région hypogastrique et les flancs. Une sonde introduite dans la vessie ne ramène que quelques gouttes d'urine ; le toucher rectal permet de sentir une forte distension du cul-de-sac péritonéal. Le diagnostic de péritonite généralisée suraiguë est évident, et il est très probable qu'elle est due à une perforation qu'on attribue à l'appendice iléo-cæcal, à cause de la douleur à droite, de la matité hypogastrique, etc.

L'état de collapsus est tellement profond que toute intervention est rejetée ; on réchauffe le patient, on fait des injections de sérum artificiel sous la peau, des piqûres d'éther, qui ne l'empêchent pas de succomber vingt-huit heures après le début des accidents.

L'autopsie, pratiquée vingt-sept heures après la mort, montre qu'il existe, en effet, une péritonite par perforation; l'huile de ricin absorbée nage au-dessus du liquide séropurulent et fécaloïde contenu dans le ventre. Il existe une perforation siégeant sur la face antérieure de la première portion du duodénum, un peu au-dessous du pylore; elle mesure 5 à 6 millimètres de diamètre et laisse sourdre des matières dès qu'on presse sur l'estomac.

L'orifice muqueux de la perforation a des bords taillés en pente douce, sans injection périphérique; il n'y a aucune altération apparente autre des muqueuses gastrique et duodénale.

M. Loison insiste, en terminant, sur les difficultés du diagnostic du siège de la perforation, et regrette que l'état général trop grave du malade l'ait empêché d'intervenir par une large laparotomie, avec recherche de la lésion et suture, si possible, de la perforation.

Permettez-moi, après vous avoir résumé aussi brièvement et complètement que possible, les observations qui nous ont été présentées, de vous donner, avant d'entrer dans le vif de la question, un aperçu rapide des points qui nous intéressent particulièrement dans l'ulcère du duodénum. Nous l'emprunterons à une thèse récente, faite sous l'inspiration de Letulle, la thèse de Collin (1). Ce dernier a rassemblé un grand nombre d'observations (262), et a pu étudier les différents sièges de l'ulcération, et le nombre, la forme et, surtout, sa perforation, qui doit nous occuper spécialement.

Sur 262 cas colligés par Collin, 242 fois l'ulcère, du duodénum siégeait à moins de 5 centimètres du pylore, c'est-à-dire sur la première portion de l'intestin; 14 fois, il avait son siège sur la partie descendante, 3 fois sur la portion pré-aortique, 3 fois enfin sur la portion ascendante.

Sur 233 cas où le fait a été noté 195 fois, c'est-à-dire, 85,6 p. 100, l'ulcère était unique; 26 fois il y avait deux ulcères, 3 fois trois ulcères, 4 fois cinq ulcères.

L'ulcère du duodénum est surtout un ulcère de la face antérieure de l'intestin; les faits de nos confrères, ceux que nous avons pu recueillir au nombre d'une vingtaine, ne font que corroborer les données générales importantes à connaître pour le clinicien et l'opérateur. L'homme est atteint de préférence.

Au point de vue des lésions, il s'agit presque toujours, comme Letulle (2) l'a bien montré, d'un ulcère atonique, incapable d'une

(1) Collin. *Thèse*, Paris, 1894.

(2) Letulle. L'ulcère simple du duodénum. *La Presse médicale*, 1894, n° 42, p. 333.

vitalité réparatrice exubérante, voué à une nécrose moléculaire lente, exempt par cela même de grands délabrements suppuratifs gangréneux ; c'est généralement un ulcère en couronne ou ovulaire, taillé en entonnoir, à petite extrémité dirigée vers l'intestin, térébrant et à tendance perforante. Chwostek (1) admettait déjà que la perforation avait lieu 42,8 p. 100; Collin va plus loin encore : d'après ses recherches portant sur un nombre presque double d'observations, l'ulcère simple du duodénum beaucoup plus souvent perforant que celui de l'estomac, l'est 69 fois p. 100, et c'est sur la face antérieure de la première portion près du pylore qu'il faut savoir le chercher et le trouver.

Nous n'insisterons pas sur le côté clinique, si bien mis en lumière déjà dès 1887, par M. Bucquoy (2), pour ne nous appesantir que sur deux des accidents qui accompagnent ou terminent son évolution, et qui tous deux sont sous la dépendance de sa tendance perforante, nous voulons parler des hémorragies graves (hématémèses et mélæna), produites par la perforation de gros vaisseaux comme les artères pancréatico-duodénale, gastro-épiploïque, l'aorte elle-même, la veine-porte ; des accidents de septicémie péritonéale, de péritonite généralisée dus à l'ouverture de l'intestin, dans le péritoine non protégé par des adhérences. Ce sont ces derniers qui ont amené l'intervention dans tous les faits que nous vous avons rapportés. Bien rares sont ceux où des adhérences providentielles de péritonite adhésive ont limité l'épanchement et permis la formation d'un foyer enkysté que le chirurgien peut atteindre ou qui s'ouvre spontanément au dehors. Presque toujours, l'inondation du péritoine par les matières est générale. S'il existe des endroits comme la fosse iliaque droite, la face inférieure du foie, où les fusées s'étendent peut-être de préférence et qu'il est bon de connaître à cause des erreurs de diagnostic possibles, il n'en est pas moins vrai que nous sommes dans la grande majorité des faits en présence d'une lésion d'emblée généralisée, en face de poisons agissant sur une très grande surface.

Ce qu'il y a de remarquable dans presque toutes les observations d'ulcères perforants du duodénum, c'est que les malades n'accusent souvent aucun symptôme sérieux antérieurement; d'après Letulle, il n'est pas une seule observation d'ulcère duodénal qui, diagnostiquée pendant la vie, étudiée au point de vue du chimisme stomacal, ait été nettement confirmée après la mort. Sur les 25 cas que nous avons rassemblés, 5 fois seulement les

(1) Chwostek. *Wien. med. Jahrb.*, 1885.
(2) Bucquoy. *Archives générales de médecine*, p. 398.

malades ont présenté des signes extérieurs qu'on a rattachés une fois à une dyspepsie, deux fois à un ulcère de l'estomac; les 2 autres fois, il s'agissait d'affections caractérisées de gastralgies. Dans les 20 cas restants, c'est pour ainsi dire en pleine santé ou après des symptômes si anodins qu'ils n'ont pas poussé à consulter un médecin, que les accidents consécutifs à la perforation sont survenus.

Il semble donc bien que dans nombre de faits l'ulcère simple du duodénum mérite ce nom de latent qui n'est souvent que la couverture d'une absence de signes parfaitement trouvables, si on les recherche. Il évolue sourdement, insidieusement, et ne se manifeste que par une de ses complications les plus redoutables, la perforation.

C'est elle que nous allons maintenant étudier au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Diagnostic. — C'est souvent à la suite d'un repas, pendant un repas, à la suite encore d'un effort plus ou moins considérable, que se déclare une douleur subite, dont le siège est digne d'être noté : 7 fois sur 25, c'est à droite, au-dessous des fausses côtes, que le malade l'a sentie; 5 fois c'est exactement au niveau de l'épigastre; 4 fois seulement elle a été rencontrée à gauche; 12 fois, par conséquent dans la moitié des cas, c'est une douleur sous-costale droite ou épigastrique qui a aussitôt une acuité extraordinaire, puisque certains malades, comme le soldat de Loison, se tordent de douleur; très rapidement la localisation cesse et la douleur s'irradie dans tout le ventre. Cette douleur subite, très aiguë, localisée d'abord, irradiée ensuite, est quelquefois accompagnée à son début d'une sensation de craquement (Guinard). Très rapidement, l'état général du malade est atteint, sa face se grippe, les traits se tirent, la température axillaire s'élève peu, elle varie de 36 à 38; quelquefois elle a dépassé 38, mais cela est rare; par contre, le pouls devient promptement rapide, de telle sorte que s'établit très vite ce syndrome, sur lequel j'insiste beaucoup, après bien d'autres, la discordance du pouls et de la température.

Un fait intéressant à signaler : c'est quelquefois l'absence de vomissements au début, quelquefois pendant vingt-quatre, quarante-huit heures; mais ils se montrent presque toujours à mesure que les lésions évoluent. Il n'y avait pas de vomissements dans le cas de notre collègue Rochard, dans celui de Sieur. Par contre, on note du hoquet. Lorsque les vomissements arrivent, ils sont généralement bilieux, quelquefois alimentaires, puis deviennent porracés et même fécaloïdes. La palpation du ventre, au début, est très douloureuse, surtout au niveau de l'épigastre et du côté droit,

la contraction musculaire empêche rapidement de palper avec fruit, la palpation devient douloureuse partout, parfois elle l'est davantage dans les fosses iliaques, en particulier à droite, d'où des erreurs de diagnostic sur lesquelles nous insisterons plus loin. La percussion montre presque toujours une sonorité hépatique; il est très important de la rechercher, et si elle est bien constatée, si elle remonte jusqu'au niveau de la ligne mamelonnaire, elle est à elle seule un signe pathognomonique d'une perforation intestinale ou stomacale.

Enfin, dans presque tous les cas, on note, en y insistant en général, l'absence de selles et de gaz par l'anus. C'est là un symptôme qui ne manque presque jamais et qui, lorsqu'il est envisagé seul, lorsqu'on fait abstraction des autres signes, ou lorsque ceux-ci sont peu accentués, contribue à l'une des erreurs de diagnostic le plus fréquemment observées, et fait songer à une occlusion intestinale aiguë. Il est, en effet, évident que si les signes que je viens de vous énumérer se présentaient dès le début et avec netteté, il ne serait presque pas pardonnable de faire une erreur de diagnostic, et de ne pas reconnaître une péritonite par perforation ou plutôt une septicémie péritonéale, telle que l'a si bien décrite Verchère.

Malheureusement, la clinique nous montre combien l'interprétation de tel ou tel symptôme peut varier au lit du malade et les erreurs qui en découlent.

Celles qui sont faites le plus fréquemment, quand il s'agit de perforation du duodénum, sont de la confondre avec une occlusion intestinale ou une appendicite perforante. Déjà Houzé (1) a montré que sur les 15 observations qu'il a réunies, le diagnostic d'ulcère duodénal perforé, avec péritonite, n'avait été fait qu'une seule fois, et cela parce que le malade avait eu antérieurement des accidents gastro-intestinaux et qu'il localisait à droite de l'épigastre, le maximum de la douleur. Dans les 14 autres cas, on avait songé 6 fois à une obstruction intestinale, 6 fois à une appendicite suraiguë avec péritonite.

La thèse plus récente de Darras (2) ne fait que confirmer celle de Houzé. Sur 23 cas, où un diagnostic a été porté, nous avons trouvé 9 fois celui d'occlusion intestinale, 8 fois celui d'appendicite perforante; M. Guinard a posé le diagnostic de perforation probable de l'estomac.

Presque toujours, c'est en se basant sur ce signe banal,

(1) Houzé. De l'ulcère perforant du duodénum. *Thèse*, Paris, 1896.

(2) A. Darras. De la perforation de l'ulcère simple du duodénum. *Thèse*, Paris, 1896-1897.

d'absence de selles et de gaz, uni ou non à des vomissements, que le médecin pense à de l'occlusion aiguë : il faudrait cependant qu'il soit entendu que l'absence de gaz par l'anus et de selles n'est pas synonyme d'occlusion, qu'elle traduit aussi bien une paralysie de l'intestin qu'un obstacle proprement dit au cours des matières ; qu'elle se rencontre toujours dans les cas de septicémie péritonéale, de péritonite diffuse, et même de péritonites plus ou moins généralisées. Si le diagnostic occlusion entraînait une détermination opératoire immédiate, si elle est possible, il n'y aurait encore que demi-mal; mais presque toujours il fait perdre un temps précieux et instituer un traitement tout à l'encontre de ce qui devrait être fait : lavements, purgatifs, etc..., pour lever le soi-disant étranglement.

Lorsqu'on opère, il est presque toujours trop tard, les lésions sont généralisées, l'intoxication a fait son œuvre, l'opéré meurt. Quelquefois, comme le fait observer Sieur, le chirurgien, ancré dans son diagnostic d'occlusion, referme le ventre du moment qu'il n'en a pas trouvé et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on trouve l'ulcère perforé du duodénum, cause des accidents.

Le diagnostic d'appendicite perforante a été porté souvent, comme nous l'avons montré ; on fait le diagnostic de perforation, de péritonite diffuse, mais on se trompe sur le siège de la lésion initiale. Cette erreur a été commise par les chirurgiens les plus éminents et résulte d'une disposition anatomique sur laquelle vous me permettrez de passer rapidement. Lorsque le duodénum se perfore au niveau de sa face antérieure, si, comme c'est le cas presque toujours, aucune barrière n'existe du côté de la cavité péritonéale, les matières qui sont contenues dans l'intestin ou y passent sont déversées au-dessus du mésocôlon transverse dont ils suivent la face supérieure sous le foie, pour ensuite, fuser le long du côlon ascendant vers la fosse iliaque droite; de là l'apparition de signes de péritonite plutôt localisée à cette région et de symptômes que l'on met sur le compte de l'appendicite perforante : 8 fois sur les 25 cas que nous avons réunis, cette erreur a été commise. Elle est d'autant plus regrettable que le chirurgien qui intervient, incise sur la fosse iliaque; il trouve du pus et des liquides intestinaux; quelquefois, ne trouvant pas l'appendice et ne voulant aller plus loin, il fait un drainage qui est forcément insuffisant et l'opéré succombe à la continuation des accidents par suite de la persistance de la perforation qu'on ne trouve qu'à l'autopsie; quelquefois, 2 à 3 fois, trouvant l'appendice sain, l'on reconnaît l'erreur et l'on va alors à la recherche d'une perforation plus haut située, soit par une laparotomie latérale, soi même par la médiane, et l'on trouve alors la perforation duodénale. On a

fait des recherches inutiles qui ont prolongé l'intervention sur un malade généralement très gravement atteint; malgré tout, il succombe. C'est là l'histoire lamentable de tous les faits où cette erreur de diagnostic a été commise. Il faut que nous sachions que, dans une laparotomie pour péritonite aiguë de cause un peu obscure, l'on ne devra jamais négliger d'aller examiner le duodénum, si l'on ne trouve pas le point de départ des lésions dans une affection de l'intestin ou de l'appendice. C'est là une conclusion du mémoire de M. Sieur, à laquelle je ne saurais trop me rallier. Il faut espérer que, ces points bien mis en lumière, l'on pourra se mettre en garde contre les erreurs si souvent commises.

Traitement. — Si l'on examine les résultats obtenus par l'intervention, on est immédiatement frappé de l'énorme fatalité opératoire, du petit nombre de cas où la guérison a été obtenue. Sur 25, nous ne trouvons que 3 guérisons et encore verrons-nous que 2 d'entre elles n'ont pas été définitives, puisque l'un des malades succombait deux mois après à une obstruction intestinale par bride qui nécessita une nouvelle laparotomie (1), tandis que l'autre (2) mourait six mois après d'une nouvelle perforation d'un ulcère duodénal qu'on ne put opérer (3).

En somme, il n'y a qu'un seul cas de guérison avérée, c'est celui cité par Dunn (4). Un homme ressent une douleur subite à l'épigastre et est pris immédiatemeut de nausées. Transporté aussitôt à Guy's Hospital, il est vu par le chirurgien qui trouve une distension tympanique de la région stomacale, de la sonorité préhépatique, de vives douleurs dans le ventre, une anxiété respiratoire caractéristique. On fit immédiatement la laparotomie médiane pensant à une perforation, on trouva une perforation de la paroi antérieure de la première partie du duodénum qui fut fermée à l'aide de cinq sutures de Lembert à la soie. On nettoya, par une irrigation qu'on dut faire incomplète, l'opéré étant très bas, tant bien que mal le péritoine qui fut drainé en bas à l'aide d'un tube en verre de Keith enlevé vingt-quatre heures après. Au bout de dix jours, la température remontant, on fit une laparotomie latérale exploratrice pour rechercher un abcès sous-diaphragmatique. Celui-ci s'ouvrit tout seul deux ou trois jours après et la guérison eut lieu.

(1) Cas de Hercy Deen, *Lancet*, 1894, 12 mai, p. 191.

(2) Cas de Glücksmann. Landerer. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und der Chirurgie, 1896, p. 168.

(3) *Id.*, 1896, p. 738.

(4) Dunn. Perforating ulcer of duodenum. *British medical journal*, 1896, 4 avril, p. 846.

On a opéré moins de 12 heures après le début 2 fois.
— — 18 — — 2 —
— — 24 — — 1 —
— — 36 — — 5 —
— — 48 — — 1 —
— après 48 — — 5 —

Les guérisons opératoires obtenues l'ont été, chez des malades opérés, 2 fois moins de 48 heures, 1 fois moins de 36 heures après l'explosion des accidents. Tous ceux qui ont été opérés après ont succombé.

Deux cas opérés, l'un au bout de six heures, l'autre au bout de quelque heures, sont morts malgré tout. L'on ne s'étonnera pas quand on trouvera que l'un avait soixante et un ans, l'autre cinquante-six ans; chez le premier, tout le bassin et l'espace compris enfre le foie et le côlon transverse étaient remplis de pus, on a omis de faire un drainage complet et large du péritoine; chez le second aussi, le bassin était rempli de liquide purulent qui n'avait pas été évacué; il y en avait aussi autour du cæcum dans la fosse iliaque droite.

Avec tous les présentateurs, je suis d'avis que, pour être utile, l'intervention doit être aussi précoce que possible.

Dès que le diagnostic de perforation est établi, qu'il y a des signes de péritonite diffuse, ouvrez largement l'abdomen sur la ligne médiane par une incision sus-ombilicale que vous agrandirez au besoin par en bas, sur laquelle vous pourrez même faire tomber une incision perpendiculaire traversant le grand droit d'un côté si le jour n'est pas suffisant; allez à la recherche de la perforation, vous souvenant de la fréquence de la perforation duodénale. Sachons que, très rapidement, les liquides septiques s'accumulent sous le foie et dans la fosse iliaque droite, jusque dans le bassin; et si nous ne devons pas nous laisser induire en erreur par ces localisations, rappelons-nous que nous devons aller y voir pour les drainer, après nettoyage aussi complet que possible, une fois la perforation trouvée et fermée.

Nous n'avons, bien entendu, en vue que les cas où la perforation a donné lieu à une péritonite diffuse; nous savons fort bien que, dans un certain nombre de faits que nous trouvons consignés déjà dans le mémoire de Bucquoy, puis surtout dans la thèse de Collin, la perforation a pu produire une péritonite circonscrite, un abcès qui s'est ouvert ou a été ouvert par le chirurgien, et a abouti à une fistule pyostercorale; j'ai pu observer, moi-même, il y a deux ans, un fait de cette nature; le malade a succombé au bout de trois mois dans le marasme.

L'ulcère perforant trouvé par une large laparotomie, possible

seulement quand l'état général n'est pas jugé trop mauvais pour ne laisser espérer aucune chance de succès, quelle conduite faut-il tenir? Déjà Landerer et Glucksmann (1) ont discuté la question.

La plupart des chirurgiens qui ont eu affaire, au cours d'une laparotomie pour péritonite, à un ulcère perforant du duodénum reconnu, trouvé, ont cherché à réunir par des sutures les bords de la perforation, soit en ne prenant que la séreuse, soit en adossant des surfaces aussi larges que possible. Telle a été la conduite de MM. Rochard et Guinard; elle a été suivie aussi dans sept autres faits de perforation. Sur les 9 cas ainsi suturés, il y a eu deux guérisons opératoires, ce sont les opérés de Dean et de Dunn. Dean, dans le fait qu'il a publié, a, avant de faire la suture, excisé à l'aide de ciseaux l'induration voisine, puis seulement alors fait la suture des tissus sains. Dunn ne paraît pas avoir fait l'excision des parties voisines de l'ulcère, mais a suturé à l'aide de cinq soies à la Lembert. Dans le cas de Dean, on draina largement le péritoine à l'aide d'un gros drain de Keith. Dans le premier cas, la guérison eut lieu sans encombre, mais, deux mois après, la malade fus reprise d'accidents d'occlusion qui nécessitèrent une nouvelle laparotomie. On trouva une bride qui étranglait l'intestin, elle fut sectionnée; malgré tout, l'opérée resta en état de shock et mourut. Dans le cas de Dunn, il se forma, dix jours après la laparotomie, un abcès sus-hépatique qui s'ouvrit heureusement, et après lequel la guérison survint, et paraît avoir été complète.

Deux fois, les chirurgiens, n'ayant pu réunir les bords de l'ulcère, à cause de son étendue ou de la friabilité des tissus, ont fait une suture médiate, utilisant des guenilles de tissus, l'épiploon, les brides d'adhérences pour constituer une barrière à l'écoulement des liquides, qu'ils drainaient en même temps du côté de la paroi laissée ouverte en partie. Telle a été la conduite de Landerer, telle a été celle de M. Sieur; ce dernier a eu un échec; il y avait quarante-huit heures que le début des accidents avait eu lieu; Landerer a eu un succès qui malheureusement ne s'est pas maintenu, puisque son opéré a été repris au bout de cinq mois de nouveaux accidents dus à un second ulcère perforé, auxquels il a succombé.

En somme, sur 11 cas où l'ulcère perforant a été trouvé par une laparotomie faite pour des accidents de péritonite, il y a eu trois guérisons opératoires. Sur 11 cas où l'ulcère perforant n'a pas été trouvé, soit par erreur de diagnostic (appendicite ou

(1) Landerer et Glucksmann. Ueber Operative Heilung eines Falles von perforirentem Duodenalgeschwür nebst Bemerkungen zür Duodenal Chirurgie, *loc. citato*, pp. 170-171, etc.

iléus), soit parce que le chirurgien a été arrêté dans ses recherches par la gravité de l'état du malade, la mort a été constante, et cela au bout de quelques heures à quelques jours; la plupart du temps la suture doit donc être tentée, et nous pencherions pour la suture sur des tissus sains, s'il est possible d'atteindre facilement le mal, de l'exciser sans rétrécir par trop ensuite le duodénum.

La suture médiate, et à plus forte raison le simple drainage sans sutures, ne doivent être que des pis aller à employer lorsque l'oblitération directe de la perforation n'est pas possible.

En somme, laparotomie médiane large, la plus précoce possible, suture de la perforation après excision, si elle n'est pas trop étendue, telle est la conduite à conseiller, en ayant soin de largement drainer, surtout, si l'on n'est pas rassuré sur la solidité de la suture et que celle-ci a été faite sur des tissus peu résistants.

Nous ne voulons pas insister sur le traitement préventif de la perforation, sur l'excision de l'ulcère, s'il pouvait être diagnostiqué, sur l'opportunité ou non d'une gastro-entérostomie après résection partielle ou totale de la paroi duodénale altérée. Ce sont là des questions qui ne rentrent pas dans le cadre de notre rapport.

Nous terminerons en disant que pour l'ulcère perforant du duodénum, comme pour celui de l'estomac, la chirurgie peut rendre les plus grands services; tout dépend de la précocité d'un diagnostic exact et de la rapidité de la détermination opératoire. Ici comme pour l'ulcère perforant de l'estomac, ainsi que l'ont démontré les mémoires de Chapt (1) et de Pariser (2), nous pouvons espérer des résultats qui iront en s'améliorant à mesure que les questions si délicates de diagnostic, d'indications et de technique opératoire progresseront elles-mêmes.

Discussion.

M. Routier. — Le diagnostic de l'ulcère du duodénum ou des accidents qu'il entraîne est souvent entouré des plus grandes difficultés ; j'en ai eu un exemple trop frappant pour ne pas le rapporter. En mars 1894, je fus appelé par mon confrère Massigny auprès d'un malade âgé de trente ans, qui présentait des signes d'occlusion intestinale.

Habituellement dyspeptique, mais faisant couramment son service, il avait pris, le 6 mars, une bouteille d'eau de Pulna qui l'avait bien purgé.

(1) Chapt. *Thèse*, Paris, 1895.
(2) Pariser. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1895, nos 28-29.

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE ET SEXE	DÉBUT	SIGNES	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT
Festal. *Bull. Soc. méd. de Bordeaux*, p. 770, 1895.	H., 56 ans.	A présenté des signes nets d'ulcère stomacal. Hématémèse et mélæna. Douleur subite.	De perforation avec péritonite.	Appendicite perforante.	Au bout de 3 jours, laparotomie. Incision la fosse iliaque droite, 1 litre 1/2 pus et liquide. Mort quelques heures après. On trouve l'ulcère à l'autopsie.
Landereru. Glucksmann, *loc. citato*.	H., 50 ans.	Malade de l'estomac? depuis 15 ans. Vive douleur hypochondre droit.	De péritonite par perforation.	Péritonite par perforation intestinale.	Au bout de 12 heures, laparotomie large, on trouve l'ulcère du duodénum, on lave et fait évacuer le liquide de la fosse iliaque droite. Suture médiate. Guérison. Mort 3 mois après d'une nouvelle perforation.
Dunn, *loc. cit.*	H., jeune.	Douleur épigastrique subite.	»	Perforation.	Quelques heures après, laparotomie. Suture d'un ulcère duodénal perforé. Drainage. Abcès consécutif. Guérison.
Banzet. *Bull. Soc. anat.* p. 479, 1897.	H., 24 ans.	Douleur localisée à gauche, peu irradiée.	De péritonite suraiguë.	Occlusion intestinale.	Au bout de 19 heures, laparotomie. Suture d'un ulcère duodénal. Mort.
Leney et Lardennois. *Bull. Soc. anat.* 2 janvier 1827.	H., 26 ans.	Douleur atroce à gauche.	Pas de vomissements, signes du côté de l'hypocondre droit et de la fosse iliaque.	Appendicite perforante.	Au bout de 3 jours, incision iliaque. Drainage. Mort au bout de 24 heures. On trouve l'ulcère perforé à l'autopsie.
Souligoux. *Bull. Soc. anat.* 23 juillet 1897.	H.	Douleur simulant une colique de plomb.	»	»	Laparotomie, perforation de la première portion du duodénum. Suture. Mort.
Rochard.	H., 46 ans.	Douleur très vive, effort, craquement.	Pas de vomissements, hoquets.	Occlusion intestinale.	Au bout de 5 jours, laparotomie. Suture d'un ulcère duodénal perforé. Mort.
Guinard.	H., 30 ans	Douleur épigastrique subite.	De péritonite.	Perforation de l'estomac.	Laparotomie au bout de 28 heures. Suture de l'ulcère du duodénum. Mort.
Sicur.	H., 23 ans.	Alcoolique, douleur épigastrique et à droite.	Pas de vomissements, surviennent 12 heures après, signes d'occlusion ?	Occlusion intestinale.	Au bout de 48 heures, laparotomie. Suture médiate d'un ulcère duodénal perforé. Mort.
Loison.	H., 31 ans.	Dyspeptique, douleur brusque à droite, la nuit.	Occlusion (?)	Appendicite perforante.	Pas d'intervention. Mort.

Le 7, il prit avant son déjeuner, comme il en avait assez l'habitude, une cuillerée à soupe de graine de lin avant son repas à midi ; le soir, à 6 heures, rentrant d'une course, il monta dans sa chambre pour ôter ses bottines; au moment précis où il se baissait, il fut pris d'une douleur syncopale qui le força à se coucher.

Le 7, on lui donna un lavement purgatif, qui ne fut pas rendu. Le ventre se ballonna, et il ne rendit plus ni selles ni gaz.

Le soir, quand je le vis, il avait 120 pulsations; la langue bonne, le ventre ballonné et douloureux, l'urine rare.

Le soir même, je pratique la laparotomie immédiate, parce que je n'ai pas de diagnostic étiologique sûr, et comme la douleur siégeait surtout à l'ombilic, je fais l'incision mi-partie sus, mi-partie sous-ombilicale.

Les anses rouges sortaient, distendues ; il s'écoule du liquide jaune louche ; vers le côté droit, il me semble sentir une tumeur avec l'intestin affaissé; je l'attire, c'est un amas de graine de lin, que je fais voyager dans l'intestin, mais celui-ci est affaissé, et je l'attire ainsi sur une longueur de 2 mètres. A ce moment, il vient du liquide plus louche, presque purulent; je lave à l'eau boriquée: il vient du pus du petit bassin.

Cependant l'appendice est sain ; quand tout me paraît nettoyé, je rentre l'intestin.

Les suites furent simples, les vomissements furent arrêtés, le ventre devint souple, il rendit des gaz, puis des fèces en quantité.

Tout semblait donc devoir bien finir, quand, le 13, il eut une attaque de dyspnée; il devint cyanosé. M. Huchard, mon collègue de Necker, prié par moi, vint le soir, et me dit : spléno-pneumonie massive à droite et à gauche.

Malgré tous nos soins, il succombait le 17 au matin.

L'abdomen était sain ainsi que les anses intestinales ; dans la fosse iliaque droite, il y avait des traces de suppurations purulentes sous-péritonéales, le côlon ascendant adhérent à la paroi péritonéale est décollé, et on arrive dans un énorme foyer purulent à pus épais crémeux, à membrane pyogésique épaisse qui contourne le bord du foie, passe sur sa face supérieure, et n'est limité que par la ligature falciforme.

Cet abcès s'étend en avant jusqu'à une adhérence du pylore, le duodénum est perforé, la perforation paraît ancienne.

Il est évident que nous avons eu affaire à un cas bien spécial et particulier.

Voici, ce me semble, comment il faut reconstituer les choses : Cet homme, habituellement dyspneptique, avait un ulcère du duodénum qui avant de se perforer avait produit une péritonite adhé-

sive limitante qui a empêché la péritonite diffuse au moment de la perforation.

Dans ce foyer s'est établie une suppuration, et c'est en faisant effort, en se baissant, qu'il a chassé de ce foyer jusque dans la fosse iliaque et dans son petit bassin quelques gouttes de pus qui ont amené la péritonite cause de l'occlusion.

Le plus remarquable, c'est que j'ai pu, avec la laparotomie, enrayer ces accidents.

Permettez-moi, à propos des observations de M. Schwartz, d'ajouter quelques réflexions.

Ne devait-on pas, eu égard aux récidives des ulcères du duodénum, eu égard à leur pluralité, se comporter comme pour l'ulcère stomacal, et pour mettre le duodénum dans un repos relatif, ne serait-il pas bon de pratiquer une gastro-entérostomie quand on intervient d'une manière ou d'une autre pour remédier à un ulcère? On n'aggraverait pas sensiblement l'intervention et au moins ferait-on de la thérapeutique préventive.

Présentations de malades.

M. Schwartz présente une photographie faite avec les rayons X ayant permis de trouver une aiguille enfoncée dans le genou ; elle était fichée dans la graisse du ligament adipeux.

M. Bazy. — Il y a quelque temps, une jeune fille se présenta à moi en se plaignant d'avoir un fragment d'aiguille enfoncé dans le doigt. On avait fait une radiographie qui montrait ce fragment d'aiguille. Mon interne essaya de le trouver, mais n'y put réussir. Je fis faire une deuxième radiographie perpendiculaire à la première, et, grâce aux deux épreuves, je pus fixer exactement le siège du fragment d'aiguille et l'extraire.

Présentation d'instruments.

M. Faure. — Un angiotripteur pouvant se manœuvrer d'une seule main.

Présentation de pièces.

M. Michaux présente une pièce anatomique; il s'agit d'une subluxation pathologique du genou dans une ostéomyélite.

Au cours de la séance, M. le président a déclaré que le délai donné aux candidats à la place de membre titulaire pour poser leur candidature expire aujourd'hui 5 janvier.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Reynier.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1898

Présidence de M. Delens

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La séance solennelle est remise au mercredi 26 janvier.

Au cours de la séance, nomination d'une Commission pour une place de membre titulaire ; sont nommés : MM. Potherat, Ricard, Gérard-Marchant.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le Dr Baudon (de Nice), membre correspondant, avec l'envoi de photographies, montrant le résultat obtenu dans un cas d'acné hypertrophique, en se contentant de peler le nez à l'aide du thermocautère. M. Baudon croit donc inutile en pareil cas de faire, comme le conseillait M. Pozzi, l'autoplastie.

Communication.

Traitement de l'ulcère gastrique,

par M. CHAPUT.

On peut être appelé à intervenir chirurgicalement dans les ulcères gastriques, à la période aiguë, lorsque l'ulcération est en pleine évolution, ou plus tard, lorsque l'ulcération est cicatrisée.

A la période aiguë, les indications opératoires sont fournies par les douleurs violentes, rebelles aux traitements médicaux, par les vomissements incoercibles, par un amaigrissement progressive-

ment croissant que rien n'enraye, par des hémorragies soit petites et répétées, soit rares et abondantes.

L'ulcère gastrique peut encore se compliquer de péritonite par perforation, ou par propagation comme dans le cas de M. Tuffier. On peut encore voir survenir dans les ulcères une évolution des lignes de sténose que peut expliquer une tuméfaction inflammatoire de la région pylorique, ou un spasme pylorique, ou enfin la coexistence d'un hypertrophie musculaire considérable du pylore.

A la période chronique, l'ulcère gastrique laisse après lui des brides cicatricielles qui rétrécissent définitivement soit le pylore, soit le corps de l'estomac lui-même (sténose pylorique et estomac biloculaire).

Disons enfin que les vieux ulcères peuvent se compliquer de dégénérescence cancéreuse.

J'ai opéré cinq ulcères gastriques pour des accidents de sténose; chez deux d'entre eux, l'ulcère était compliqué de dégénérescence cancéreuse.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un homme de quarante-neuf ans (1) qui avait présenté, en 1890, tous les symptômes fonctionnels de l'ulcère gastrique, douleurs violentes, vomissements, dyspepsie rebelle, amaigrissement progressif.

En 1892, il présentait, outre les signes précédents, de l'ascite et une tumeur épigastrique qui firent porter le diagnostic de cancer de l'estomac. Un traitement médical améliora le malade dans des proportions telles que le diagnostic de cancer dut être revisé.

En 1894, le malade présentait encore des douleurs, des vomissements fréquents, et une volumineuse tumeur épigastrique.

Je fis la gastro-entérostomie par le procédé postérieur rétrocolique supérieur de Courvoisier; sutures à deux étages; sans entéro-anastomose. Le malade succomba aux accidents du *circulus vitiosus;* à l'autopsie, je trouvai le bout supérieur de l'intestin très distendu par les matières; un éperon s'étant formé aux dépens du bout inférieur.

La cavité gastrique communiquait par un orifice admettant deux doigts environ avec un abcès reposant sur la face antérieure du pancréas.

L'inflammation développée autour de cet abcès avait déterminé la tuméfaction perçue à la palpation.

J'ai eu la bonne fortune de guérir mes quatre autres malades.

Dans une seconde observation, la malade, âgée de trente-quatre

(1) Observation publiée à la Société anatomique, décembre 1894.

ans (1), présentait des douleurs violentes, des vomissements contenant un peu de sang, des troubles dyspeptiques rebelles et portait, en outre, à la région épigastrique, une tumeur large comme la paume de la main.

Je l'opérai en août 1895; au cours de l'opération, j'ai constaté l'existence d'une tumeur dure de la région pylorique ayant les caractères extérieurs d'un carcinome.

En raison des adhérences, je renonçai à la pylorestémie, et je fis la gastro-entérostomie postérieure de Courvoisier, avec entéro-anastomose complémentaire.

Emploi des sutures à points séparés à trois étages.

La malade guérit sans incidents et fut présentée à la Société médicale des hôpitaux dans un état de santé si satisfaisant qu'on devait écarter le diagnostic de cancer qui était resté en suspens. J'ai reçu, au commencement de 1897, une lettre de cette malade m'annonçant le retour de ses troubles digestifs, mais j'ai depuis perdu sa trace et ne sais ce qu'elle est devenue.

Troisième observation : Tout récemment, entrait dans mon service de Tenon, une femme de trente-deux ans qui avait commencé à souffrir de l'estomac à dix-huit ans; à partir de l'année 1897, des vomissements s'ajoutent aux douleurs et à la dyspepsie et elle maigrit considérablement. Elle s'alimente surtout avec du lait, et quand elle prend des aliments solides, les douleurs et les vomissements reparaissent.

Elle entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales très violentes, accompagnées de fièvre, 39°,6. On constate que l'estomac est très dilaté, et qu'il existe une tumeur dure, mobile, de trois à quatre doigts de largeur, au voisinage de l'ombilic. Je l'opérai le 29 décembre dernier.

A l'ouverture du ventre, je trouvai la paroi antérieure de l'estomac intacte; à travers cette paroi, on constate la présence d'une énorme masse dure reposant sur la paroi abdominale postérieure, s'étendant jusqu'à l'insertion du mésocôlon transverse. A travers la paroi antérieure, je constate l'existence d'un rétrécissement du corps de l'estomac, situé au voisinage du pylore, divisant la cavité gastrique en deux loges inégales.

J'exécute la gastro-entérostomie antérieure avec mon bouton anastomatique, sans entéro-anastomose complémentaire.

Le lendemain, elle présente des vomissements incoercibles, qui me décident à pratiquer, le 31 décembre, une entéro-anastomose complémentaire que je puis faire sans chloroforme et qui se fit facilement. — La malade est actuellement hors de danger,

(1) Cette observation a été publiée à la Société médicale des hôpitaux, le 31 janvier 1896.

ne vomit plus et commence à prendre des aliments solides.

J'ai opéré, au mois de juillet dernier, à la maison Dubois un quatrième malade de trente-cinq ans (1) qui, depuis un an, avait commencé à souffrir de l'estomac, avec dyspepsie et vomissements. Notre collègue, M. Mathieu, le soigne d'abord et constate la présence, dans l'estomac, de résidus alimentaires le matin, à jeun; il pratique un examen du suc gastrique, d'où il résulte que ce liquide est normal. Le traitement médical n'améliore pas le malade et lorsque je l'examinai, je constatai, outre les signes précédents, une dilatation gastrique considérable avec tumeur épigastrique. — Je l'opérai le 22 juillet 1897; je trouvai une énorme tumeur de la région pylorique, avec noyaux cancéreux du foie et de l'intestin.

Je fis la gastro-entérostomie antérieure avec mon bouton n° 5, et je pratiquai l'entéro-anastomose complémentaire.

Le malade expulsa, le 13e jour, le petit bouton de l'entéro-anastomose. Ses vomissements et ses douleurs avaient cessé; il digérait les potages et quelques aliments solides. Il présenta ensuite de l'ascite et de l'œdème des pieds qui augmentèrent progressivement, et il finit par mourir de cachexie le 10 août 1897.

Il est vraisemblable que ce malade a présenté d'abord un ulcère de l'estomac qui s'est ensuite compliqué de cancer, comme MM. Mathieu et Dieulafoy en ont récemment publié plusieurs exemples très intéressants.

J'ai publié au Congrès de chirurgie de 1896 l'histoire de mon cinquième malade qui, âgé de cinquante et un ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, commence à souffrir de l'estomac au commencement de 1895; les vomissements surviennent peu après, et bientôt le malade vomit presque toutes les nuits, vers une heure du matin, des matières alimentaires d'odeur putride.

Il entre à Andral, chez M. Mathieu, en février 1896. On constate que l'estomac est distendu par les gaz, qu'il existe du clapotement; la région épigastrique est douloureuse à la pression, mais on ne trouve pas de tumeur appréciable.

Un premier examen du suc gastrique, fait le 12 février 1896, indique une hyperchlorhydrie nette. Sous l'influence du régime lacté, puis des lavages de l'estomac, suivis de gavage à la poudre de viande, le malade s'améliore; il sort le 7 avril 1896, puis rentre le 13 mai, à cause du retour des accidents. Une seconde analyse gastrique indique de l'hyperchlorhydrie. Les lavages de l'estomac suppriment les vomissements, mais laissent persister

(1) Voir plus loin l'observation détaillée.

les douleurs; en outre, les lavages évacuent chaque jour une quantité considérable de liquide infect qui indique l'existence d'un rétrécissement du pylore.

M. Toupet m'envoie le malade à Bicêtre; je l'opère le 18 juillet 1896.

Après l'incision de l'abdomen, je constate la présence d'un anneau néoplasique, large de 3 centimètres environ, occupant le pylore.

Après avoir sectionné le petit et le grand épiploon dans une étendue correspondant aux dimensions de la tumeur, je coupe l'estomac et le duodénum entre deux rangées de pinces.

Je ferme en cul-de-sac l'estomac et le duodénum par un double étage de sutures.

J'établis ensuite une anastomose entre la face antérieure de l'estomac et l'origine du jéjunum. L'anastomose est établie au moyen de mon bouton n° 5. Pour éviter l'issue des matières stomacales, je pince la base d'un large pli stomacal sur lequel j'établis l'anastomose.

L'examen de la pièce enlevée a montré une hypertrophie considérable du pylore avec une ulcération de la muqueuse; sur les bords de cette ulcération, on aperçoit un petit îlot de tubes à épithélium parimenteux, métatypiques, lésion caractéristique du cancer.

A la suite de cette intervention, le malade a guéri très simplement. Pas de fièvre ni de vomissements. En quelques semaines, il a augmenté de 9 kilogr. 1/2. Revu à la fin de 1897, il est toujours en bonne santé; il digère les aliments solides, même les plus indigestes.

Il ressort de ces observations, que le diagnostic entre l'ulcère et le cancer de l'estomac est des plus difficiles.

Dans la première observation, un médecin des hôpitaux, en présence d'une tumeur épigastrique avec ascite, diagnostique un cancer, et l'autopsie révèle un ulcère.

Chez la deuxième malade, il existe une tumeur épigastrique. L'opération ne permet pas d'affirmer s'il s'agit d'un cancer ou d'un ulcère. L'amélioration considérable et de longue durée tend à faire éliminer le diagnostic du cancer.

Dans une troisième observation, l'affection date de quatorze ans; il existe une tumeur épigastrique, et après l'opération il est impossible de dire si l'on a affaire à un ulcère avec callosités ou avec périgastrite en suppuration, ou bien à un cancer compliquant un ulcère.

Le quatrième malade est considéré, par M. Mathieu, comme atteint d'un ulcère, et l'opération révèle un cancer avec noyaux disséminés au foie et sur les intestins.

Le cinquième malade ne présente que des signes de sténose, et ce n'est qu'à l'examen histologique que l'on constate, avec un rétrécissement pylorique, une petite ulcération avec un noyau cancéreux microscopique. Notons que deux examens successifs du suc gastrique ont donné des résultats contradictoires.

Chez un autre malade dont j'ai publié l'opération à la Société anatomique en 1895, le diagnostic de cancer était des plus vraisemblables chez un homme âgé, au dernier degré de la cachexie, porteur d'une énorme tumeur épigastrique. L'opération permit d'enlever une énorme tumeur pédiculée, insérée sur la paroi postérieure de l'estomac. L'examen de cette tumeur montra qu'il s'agissait d'un adénome bénin. Ainsi donc, ni l'âge, ni la présence d'une tumeur, ni l'analyse du suc gastrique ne permettent d'affirmer l'existence d'un cancer plutôt que d'un ulcère. Ce sont là des arguments qui militent en faveur de l'opération, puisque, alors que tout semble perdu, on peut encore être en présence d'une affection bénigne que l'opération guérira radicalement.

Puisque j'ai parlé d'affections bénignes, je dirai un mot, en passant, du traitement des dyspepsies rebelles. Je pense que tous les cas de sténose avérée, dans lesquels on trouve dans l'estomac, le matin, à jeun, du liquide de stase, tous ces cas, dis-je, doivent être opérés sans retard.

Quant aux dyspepsies sans sténose, j'estime qu'il faut opérer celles qui ne permettent pas la vie active pendant un temps prolongé, et celles que le traitement médical est impuissant à améliorer, à la condition toutefois que ces accidents gastriques ne soient pas sous la dépendance d'une affection nerveuse à évolution lente.

Quelques mots maintenant sur la technique de la gastro-entérostomie.

On distingue les procédés de gastro-entérostomie en antérieurs et postérieurs, antérocoliques et rétrocoliques. Il faut bien se garder de prendre ces termes comme synonymes, et les mots antérieur et postérieur ne doivent servir à désigner que le siège de l'anastomose sur les faces antérieure ou postérieure de l'estomac. Une gastro-entérostomie, peut être, en outre, antétérieure ou postérieure; de même pour la gastro-rétrocolique.

Pour cette dernière, une dernière distinction s'impose, selon que le chirurgien exécute son anastomose en se plaçant au-dessous du mésocôlon transverse, comme V. Haeker, ou au-dessus de ce mésocôlon, après effondrement du ligament gastro-colique, comme le font Courvoisier et Terrier.

D'une manière générale, le procédé rétrocolique postérieur est

préférable aux autres, pourvu qu'il place la bouche stomacale en un endroit plus déclive (face postérieure de l'estomac), et, en outre, il n'expose pas, comme les procédés antérocoliques, à la compression du côlon transverse qui a été observée par un grand nombre d'opérateurs, et dont j'ai moi-même présenté un exemple avec dessin à l'appui à la Société de chirurgie.

Les anastomoses avec la face antérieure de l'estomac exposent, en outre, davantage à la formation de l'éperon qui aboutit au *circulus vitiosus*, c'est-à-dire à la distension du bout supérieur de l'intestin, tandis que le bout supérieur ne reçoit aucun aliment. La formation de l'éperon résulte du tiraillement du mésentère trop court, qui couvre brusquement l'intestin; plus l'intestin est porté en haut, plus le mésentère est tiraillé, et plus l'éperon a de tendance à se former. Les anastomoses avec la face antérieure se faisant plus haut que celles sur la face postérieure plus déclive, on conçoit que les premières exposent davantage au *circulus vitiosus*.

Doit-on anostomoser l'intestin avec l'estomac, latéralement, ou par implantation, comme le demandent Roux, après Louis et Maydl?

Le bouton de *Murphy* présente des inconvénients spéciaux pour la gastro-entérostomie. En effet, lorsque l'estomac est trop épais, la suture en bourse forme un champignon énorme qui empêche l'articulation correcte du bouton.

Les sutures ont l'inconvénient d'être longues, surtout les sutures à trois étages que je crois plus sûres que les sutures à deux étages.

Quant à mon bouton anastomotique, je l'ai employé trois fois, avec quatre guérisons et une mort de congestion pulmonaire, consécutive à l'éthérisation. A l'autopsie, la suture était hermétique et le péritoine sain.

Un cinquième succès a été obtenu avec mon bouton par le Dr Mosi, chirurgien de Buenos-Ayres, qui a bien voulu m'envoyer son intéressante observation.

Je voudrais, en terminant, insister sur la nécessité de pratiquer systématiquement l'entéro-anastomose complémentaire. Cette opération est destinée à remédier au *circulus vitiosus* qui dépend, comme je l'ai dit, de la formation de l'éperon qui cause la traction du mésentère.

Un certain nombre de malades guérissent sans entéro-anastomose et sans circulus; ce sont surtout ceux dont le mésentère est long, ou ceux chez lesquels l'éperon est placé au bon endroit.

Une des causes des succès de Roux me paraît précisément résider dans l'impossibilité du circulus, puisqu'il implante l'intestin sur l'estomac, après l'avoir coupé en travers.

Les observations si concluantes de Ricard, de Bünger, de moi-même (obs. I), dans lesquelles des malades auxquelles on n'avait pas fait d'abord d'entéro-anastomose ont présenté des vomissements incoercibles qui n'ont cédé qu'à une entéro-anastomose secondaire, prouvent à l'évidence l'importance de l'éperon et la nécessité absolue de l'entéro-anastomose.

J'ai fait 12 gastro-entérostomies, tant pour cancer que pour ulcère. Sur ces 12 cas, 7 ont été faits sans entéro-anastomose; ces 7 cas ont donné 4 morts avec vomissements, 1 cas avec vomissements prolongés et 2 cas sans vomissements; 5 cas avec entéro-anastomose ont donné 4 guérisons et une mort de congestion pulmonaire sans vomissements. Ces chiffres plaident donc aussi en faveur de l'entéro-anastomose complémentaire.

Les observations I, II et V ayant été publiées, je ne donne ici que les observations III et IV.

Obs. III (*inédite*). — *Ulcère gastrique avec tumeur. Gastro-entérostomie antérieure. Vomissements incoercibles. Entéro-anastomose secondaire. Guérison* (1).

Mme B..., trente-deux ans, entre dans mon service de l'hôpital Tenon le 27 décembre 1896, pour de violentes douleurs abdominales et lombaires, avec vomissements et fièvre.

Pas d'antécédents héréditaires.

La malade a été toujours bien portante jusqu'à l'âge de dix-huit ans, où elle vint à Paris; à partir de ce moment, elle commença à souffrir de l'estomac; les douleurs étaient comparables à une torsion, et se produisaient surtout après l'ingestion des aliments; elles étaient accompagnées de pyrosis et de nausées. La malade attribue ces symptômes au port d'un corset trop serré. Elle affirme n'avoir jamais fait d'excès de boisson.

A partir de l'année 1887, les douleurs furent accompagnées de vomissements. Ceux-ci se produisaient tantôt immédiatement après les repas, tantôt plusieurs heures après, et particulièrement pendant la nuit; jamais le matin. Ils étaient alimentaires ou muqueux, toujours acides, jamais sanglants, mais quelquefois noirâtres. Aussitôt qu'ils s'étaient produits, les douleurs cessaient. Il existait une constipation opiniâtre, et les matières rendues étaient parfois noirâtres (mélœna?). Tous les aliments solides, surtout la viande, de même que le vin, étaient mal supportés; seul le lait plaisait et était toléré.

L'amaigrissement s'est beaucoup accentué depuis le début de l'affection; la malade a, en effet, perdu 30 livres de son poids.

(1) Observation recueillie par M. Gérault, interne du service.

En novembre 1897, les accidents augmentent d'intensité (vomissements et douleurs); les règles se suppriment.

La malade n'a jamais suivi de traitement régulier, mais quand elle souffrait beaucoup, elle se mettait au régime lacté pendant deux ou trois semaines, puis elle essayait les aliments solides, qu'elle était ensuite obligée d'abandonner pour le lait.

État actuel. — La malade est faible, pâle, avec les lèvres décolorées; teinte jaunâtre sur les flancs et l'abdomen. La langue est saburrale et l'haleine mauvaise.

Actuellement le lait est mal supporté; il est rendu aussitôt après son absorption; seul le champagne est conservé. Elle vomit environ trois fois dans la journée, et une fois vers le milieu de la nuit. Les vomissements sont tantôt muqueux, tantôt noirâtres.

La palpation de l'abdomen est très douloureuse. L'estomac est très dilaté, on perçoit le clapotage jusqu'à trois ou quatre doigts au-dessous de l'ombilic, ainsi que la sonorité à la percussion.

On sent également une tumeur dure, large de trois à quatre doigts, située au niveau de l'ombilic et le dépassant en haut et en bas. Cette tumeur, très douloureuse à la pression, paraît mobile dans le sens vertical et transversal.

La température est à 37 degrés le matin, à 39°,6 le soir. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Le 29 *décembre* 1897. — Chloroformisation. Laparotomie médiane.

L'estomac est très délicat. La paroi antérieure est intacte, mais soulevée par une masse énorme englobant la paroi postérieure de l'estomac, qu'elle soude à la région vertébrale; cette masse, du volume de deux poings, s'étend jusqu'à l'insertion du mésocôlon transverse.

A travers la paroi stomacale antérieure, on constate l'existence d'un rétrécissement du corps de l'estomac, mesurant environ 5 centimètres de diamètre, situé au voisinage du pylore et divisant la cavité gastrique en deux loges inégales.

Il est impossible de dire si l'on a affaire à un ulcère, ou à un cancer, ou à ces deux lésions surajoutées. Il est très difficile de trouver la première anse grêle, cachée au-dessous de la tumeur; cette anse est sessile, adhérente très longtemps et ne se dégage que très loin à gauche.

J'exécute la gastro-entérostomie antérieure (la peau postérieure de l'estomac étant épaissie) avec mon bouton (n° 3); je place un rang de sutures complémentaires.

Pas d'entéro-anastomose complémentaire. Régime liquide.

Le 31 *décembre*, la malade a présenté jusqu'ici des vomissements abondants et répétés, elle est très affaiblie.

J'exécute sans anesthésie l'entéro-anastomose avec des sutures. Je constate, chemin faisant, que la gastro-entérostomie est satisfaisante.

Aussitôt les vomissements s'arrêtent, et la malade guérit. Les jours suivants elle prend des aliments solides, reprend des forces et ne vomit plus qu'à de rares intervalles (18 janvier 1898).

Obs. IV. — *Symptômes d'ulcère gastrique. Laparotomie. Cancer de l'estomac. Gastro-entérostomie et entéro-anastomose. Guérison opératoire, mort de cachexie.* (Observation rédigée par M. Descazals, interne du service.)

Th... (Auguste), trente-cinq ans, employé de commerce, entre à la maison Dubois le 20 juillet 1897.

Père et mère bien portants. Deux frères morts en bas âge de péritonite tuberculeuse.

Pas de maladies antérieures, sinon un chancre syphilitique à la verge à trente et un ans, suivi de roséole et de plaques muqueuses.

Depuis l'âge de vingt et un ans, le malade boit environ deux litres de vin par jour. Entre trente et trente-deux ans, il boit trois et quatre litres de vin et peu d'alcool.

Depuis l'âge de vingt-deux ans, le malade a des pituites assez abondantes chaque matin.

Jusqu'à il y a un an, le malade n'avait jamais souffert de l'estomac. A cette époque, il a eu des renvois avec sensation d'aigreur, de brûlure, survenant une ou deux heures après chacun des deux principaux repas. Le matin au réveil, le malade avait une sensation de poids, de barre sur l'estomac, avec salivation exagérée provoquant des efforts de vomissement, sans vomissements.

Ces symptômes se sont aggravés jusqu'à novembre 1896; le malade mangeait de moins en moins et s'affaiblissait progressivement. A cette époque il va à la consultation de l'Hôtel-Dieu : on le met au régime lacté avec des cachets de bicarbonate de soude et de magnésie.

Le malade, s'affaiblissant de plus en plus, entra dans le service de M. Mathieu, le 21 avril 1897. Il est mis au régime lacté absolu avec 125 grammes d'eau de chaux dans ses deux litres de lait. Deux ou trois fois par semaine, on lui vidait l'estomac, qui renfermait toujours, le matin à jeun, une certaine quantité de liquide de stase. On cessa les lavages pendant trois semaines, car à la suite de l'un d'eux, il s'était produit une hémorragie assez abondante par le tube, et le lendemain il y eut une selle très noire.

On reprit ensuite les lavages, et on le gava à la poudre de viande, mais cette poudre provoqua des vomissements; on essaya alors les lavements alimentaires, qui furent mal supportés.

Le malade quitte Andral le 1er juillet. Depuis, il a suivi le régime lacté, mais il se vidait l'estomac lui-même deux ou trois fois par jour et évitait ainsi les vomissements.

Le 30 *avril.* — *Examen du liquide de stase :* Peptones + 2, acide lactique + 1, vert brillant + 2.

Repas d'Ewald simple :

A = 204.
T = 350.
H = 51.
G = 146.
H + C = 197.
F = 153.

M. Mathieu porte le diagnostic d'ulcère gastrique.

Etat actuel. — Le malade éprouve une sensation de gonflement et de gêne, sans douleurs véritables, au niveau de l'estomac. Pas de vomissements.

Le malade est très amaigri, mais nullement jaune paille.

L'estomac se dessine sous la paroi abdominale sous la forme d'une masse globuleuse qui descend à trois doigts au-dessus de l'ombilic, et qui s'étend à gauche jusqu'aux fausses côtes, et, à droite, jusqu'à trois doigts de la ligne médiane. On voit cette masse se contracter à certains moments.

La palpation est indolente. Toute la masse présente le clapotement. La partie droite de la tumeur présente une induration bosselée et irrégulière, qui s'étend en bas jusqu'à l'ombilic, en haut jusqu'au rebord du foie, à droite jusqu'à trois doigts de la ligne médiane, à gauche jusqu'à deux doigts de cette même ligne.

Pas de ganglions dégénérés à l'aine ni au creux sus-claviculaire.

Le foie est indolent; il déborde les fausses côtes de deux doigts et son bord se confond avec la masse pylorique.

Le cœur, les poumons et les reins sont sains.

Le 22 *juillet* 1897. — *Ethérisation.* — Laparotomie médiane.

Je trouve une énorme tumeur au pylore, d'aspect cancéreuse; il existe de petits noyaux cancéreux sur l'estomac et l'intestin. Sur la face convexe du foie on aperçoit de petits noyaux jaunâtres, du volume d'un poids (métastases cancéreuses).

J'exécute la gastro-entérostomie antérieure avec bouton n° 5. Je place en avant du bouton, quatre ou cinq points séro-sérum complémentaires.

J'exécute en outre l'entéro-anastomose avec mon bouton n° 1. Je place trois points séro-sérum complémentaires en avant.

L'opération a duré en tout 50 minutes.

Guérison très simple. Le 4 *août* (13e jour), le malade élimine le bouton n° 1. Peu après il présente une ascite qui augmente progressivement, avec œdème des jambes, et quoique l'alimentation fût bien supportée, il meurt de cachexie le 10 août 1897. Pas d'autopsie.

Rapport.

1° *Sur une intervention pour une fracture du tiers inférieur du fémur, avec interposition fibreuse;*

2° *Corps étranger de l'utérus, datant de quinze ans (Pessaire) intervention guérison*, par M. le Dr DE BOVIS (de Reims).

Rapport par M. PICQUÉ.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation que vous a adressée M. le Dr de Bovis, de Reims.

En voici d'abord le résumé :

V... (Eugène), quarante-huit ans, entre le 29 août 1897, à la clinique chirurgicale de Reims, pour une fracture du fémur consécutive à une chute faite de sa hauteur.

A l'examen, la cuisse gauche présente un raccourcissement de 5 centimètres. Une convexité externe très marquée existe à l'union du tiers inférieur et moyen.

Au moment où l'on enlève l'appareil, on perçoit, une seule fois, une grosse crépitation, mais à partir de ce moment toutes les tentatives sont impuissantes à la reproduire : ni la rotation du pied, ni la mobilisation directe des fragments, ni la recherche de la mobilité anormale ne peuvent la reproduire. A la palpation, on sent sous la peau de la face antéro-externe une saillie osseuse, mousse, dont la position est à un travers de main au-dessus de la rotule ; ni à la face interne ni en arrière on ne sent aucune saillie osseuse.

M. de Bovis ne fait aucune tentative de réduction ; il place le membre entre deux sacs de sable et pratique l'extension continue, selon le procédé de M. Tillaux, avec un poids de 4 kilogr. 5.

. L'extension n'amenant pas la réduction de la fracture, M. de Bovis et le professeur Deis consulté, admettent le diagnostic d'interposition, que vient confirmer la recherche du signe de Hueter ; ils proposent une intervention au malade, qui l'accepte.

Le 10 *septembre*, incision de 12 centimètres à l'union du tiers moyen et inférieur, et des faces antérieure et externe de la cuisse.

L'insterstice du vaste externe et du droit antérieur, est décollé. Ce dernier muscle est incliné en dedans. Les fibres du vaste externe sont incisées longitudinalement. Le fragment supérieur se trouve dès lors découvert : dénudé sur une hauteur de 1 cent. 1/2, il est taillé en biseau très léger et présente une forcète mousse ; le plan du biseau se dirige en bas, en avant et en dehors.

Au-dessous de lui, se trouve comme un lit de tissu fibro-adipeux qui se continue en bas avec le vaste externe et le périoste du fragment inférieur, qui embrasse dans une étroite boutonnière le fragment supérieur et qui, au-dessus de celui-ci, se continue avec le périoste et le vaste externe sus-jacent. La boutonnière est trop étroite et trop résistante pour permettre la réduction. M. de Bovis divise alors ce plan fibro-adipeux (épais de 1 centimètre), en suivant l'axe du fragment inférieur qui se trouve en dessous et en dedans du supérieur.

Notre confrère poursuit cette incision jusqu'à la connaissance inférieure de la boutonnière qui bâille alors largement. Il existait un chevauchement de 3 centimètres. Il n'y avait pas trace de cal.

La réduction se fait alors facilement. Suture de la gaine périostique et du *facia lata*.

L'appareil primitif est replacé.

Dès le lendemain, il est possible de constater la transmission des vibrations osseuses (signe de Hueter).

Les suites sont très simples. Réunion par première intention.

Le 22 *octobre*, la consolidation est parfaite, le raccourcissement n'est que d'un demi centimètre.

Le 20 *novembre*, le malade commence à se lever.

L'observation de M. de Bovis est intéressante à plus d'un titre, et mérite de retenir pendant quelques instants votre attention.

Le diagnostic de l'interposition fut établi par notre confrère, sur les signes établis par Polosson (de Lyon), en 1893 (*Province médicale*, 23 décembre 1893, n° 51, p. 609), à savoir la mobilité en fléau et surtout l'absence de crépitation.

Ce dernier signe a une réelle valeur bien mise en lumière, par Meyer, dans un travail récent (Ueber Muskel interposition bei fracktureis als ursache der pseudarthorsi-bildung, *Beiträge für Klin chir.*, Bd XVI, Heft 2, 1896).

Dans les cas douteux, on peut également rechercher le signe de Hueter, comme l'a fait notre confrère; M. de Bovis attire encore l'attention sur l'indolence de la fracture, le peu de gonflement et l'absence d'hydarthroses, mais ce sont là des signes dont la valeur est nulle, au point de vue qui nous occupe.

En résumé, le chirurgien possède aujourd'hui, pour établir le diagnostic de l'interposition, des signes bien nets dont M. de Bovis a bien su tirer parti.

Quand à la nature même du tissu interposé, on ne peut l'établir nettement qu'au moment de l'intervention; dans le cas actuel, il s'agissait non du muscle comme on aurait pu le supposer, mais du surtout fibro-adipeux, qui engaine le fémur et donne insertion aux muscles.

Au point de vue opératoire, les cas analogues à celui de M. de Bovis ne sont pas très nombreux.

Dès 1893, M. A. Polosson, dans le travail déjà cité, avait insisté sur cette indication opératoire, dans les fractures récentes de fémurs. Il y est revenu en 1894, au Congrès de chirurgie, à propos d'une communication de Rioblanc (séance du 13 octobre 1894). Un de ses élèves, A. Gauthier, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de cette question (A. Gauthier, thèse de Lyon, 1894-1895, n° 1028, *De l'interposition musculaire dans la constitution des pseudarthroses. Utilité d'un diagnostic précoce. Possibilité d'un traitement préventif*). Malgré ces travaux, M. Heydenreich (*Rapport au Congrès de chirurgie*, 1895), passe sous silence cette indication opératoire.

En 1894, un travail de Roux, de Marseille, amena cette question devant notre Société.

Vous vous rappelez que notre collègue Nélaton, rapporteur de ce travail (séance du 13 juin), cita un fait de sa pratique, relative

à une fracture récente de la jambe, dont la réduction fut impossible.

L'intervention démontra que l'obstacle à la réduction était due à l'interposition du jambier antérieur. Cette indication fut d'ailleurs acceptée par plusieurs de nos collègues et particulièrement par Delorme (séance du 20 juin).

La conduite suivie par notre confrère de Reims est donc aujourd'hui parfaitement recevable, et nous ne pouvons que le féliciter du résultat obtenu.

Il reste toutefois établi que le chirurgien ne devra avoir recours à l'intervention sanglante, qu'après l'échec de l'extension continue. On pourra, du reste, se servir avec avantage de l'appareil d'Hennequin, dont l'emploi a donné des succès à M. le professeur Berger (*Congrès de chirurgie*, 25 octobre 1895, p. 603).

Nous ferons encore remarquer, en terminant, que M. de Bovis, suivant le conseil de Hennequin, n'a pas cru devoir pratiquer la suture osseuse (voir ostéotomie des os longs, *Revue de chirurgie*, 1892, p. 674 et suivantes).

M. de Bovis vous a adressé une deuxième observation dont voici le résumé :

Il s'agit d'une femme de soixante-seize ans, présentant de la leucorrhée depuis de longues années.

L'odeur était tellement fétide, qu'on crut tout d'abord, en ville, à un cancer.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu de Reims, on constate qu'il s'écoule de la vulve, un liquide purulent un peu roussâtre, d'odeur repoussante. Dans le vagin, on constate l'existence d'une tige métallique incrustée de sels calcaires friables et qu'on peut suivre jusqu'au col de l'utérus. Le col est un peu dilaté et très effacé; il est difficile d'y pénétrer à cause de la tige qui a obstrué l'orifice.

A la palpation bimanuelle, l'utérus semble un peu gros : il y a un peu de sensibilité au niveau du fond.

L'apyrexie est complète.

La malade raconte qu'un pessaire a été placé il y a quinze ans, par un bandagiste, et que depuis, elle ne l'a jamais retiré.

Deux tentatives d'extraction sont faites sans résultat.

Grâce à la dilatation du col obtenu à l'aide du doigt, on peut constater facilement qu'à 2 centimètres au-dessus du museau de tanche, le doigt heurte une surface métallique plane, fixée comme une tête de champignon.

Sur la tige vaginale, le doigt ne peut passer entre les bords ovoïdes du plateau et le tissu utérin qui les enserre étroitement. Il est de plus impossible de changer les rapports du corps étranger dont les dimen-

sions sont supérieures à celles du col. On ne peut que lui imprimer des mouvements de rotation.

L'intervention fut la suivante :

Incision du cul-de-sac antérieur comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Décollement de la vessie. Incision médiane du col et du corps jusqu'au-dessus du plateau métallique.

La traction, aidée d'un léger mouvement de bascule, l'amena facilement au dehors. Le pessaire était en étain et percé de trous, la tige longue de 68 millimètres. Le plateau circulaire mesurait 118 millimètres de tour et 38 millimètres de diamètre.

M. de Bovis ne fit aucune suture. Larges irrigations. Drainage de l'utérus. Tamponnement de la plaie du cul-de-sac.

L'utérus est revenu peu à peu sur lui-même : au bout de trois semaines, elle quittait le service complètement guérie.

Messieurs, j'ai pensé qu'il était intéressant de vous signaler cette observation, en raison de la rareté relative des corps étrangers de l'utérus.

Les corps étrangers utérins ont été signalés de tout temps, mais, chose curieuse, les auteurs sont loin de s'entendre sur la signification à donner au terme si simple de « corps étrangers » et il est réellement intéressant de faire une courte incursion dans la littérature.

Louis (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. II, p. 130, Paris, 1753), raconte les controverses auxquelles donnèrent lieu les « fièvres de la matrice » qui ne sont probablement que des fibromes calcaires.

Murat et Patissier (*Dictionnaire des Sciences médicales*, t. 31, p. 233, Paris, 1819) rangent, sous ce titre, une série d'affections dont la simple énumération peut, à bon droit, étonner le lecteur ; car on peut se demander par quelle aberration ces auteurs sont amenés à y ranger les moles et l'hématométrie ! !

Plus près de nous, Neugobaner leur consacre un volume basé sur 530 observations. Il y fait rentrer les rétentions fœtales placentaires néoplasiques ! ! et ne signale que 63 cas de corps étrangers véritables.

Les observations de corps étrangers véritables se trouvent d'ailleurs dans une série de publications, où on peut les rechercher. L'*Index medicus* en contient un certain nombre.

Tardieu, dans son étude médico-légale sur l'avortement ; Poulet, dans son traité des corps étrangers, en avaient signalé plusieurs cas ; Morestier en a publié un cas en 1893 à la Société anatomique.

Enfin, Caraes (*Thèse de Paris*, 1894-95, n° 13), et Albertin (*Pro-*

vince médicale, 9 mars 1895, n° 10, p. 109) ont écrit, sur cette question, des mémoires qu'il est intéressant de consulter.

Le travail de Caraes contient des cas de corps étrangers, maintenus au contact du museau de tanche et « déglutis » en quelque sorte par l'utérus : ce sont les cas de Herzfeld, de Kœuffer, de Bradfield, de Biggs. Dans le cas de Biggs, en particulier, le phénomène ne mit pas deux semaines à se produire et le pessaire (pessaire à coupe de Maw) avait été placé par Biggs lui-même.

Le cas de Herzfeld est remarquable par la largeur du corps étranger (6 centimètres dans son plus petit diamètre).

M. de Bovis semble considérer cette « déglutition » du pessaire comme la règle et il s'étonne de voir des cols atrophiés et sclérosés se ramollir et se dilater au contact du corps étranger.

Malgré les cas publiés par Caraes, et dont quelques-uns sont hors de conteste, je tiens le phénomène pour exceptionnel. On peut admettre, en effet, dans le cas de l'auteur et dans d'autres analogues, et c'est une hypothèse qu'il n'a même pas soulevée, que le pessaire était un pessaire intra-utérin, qu'il a dû être placé primitivement dans la cavité utérine, et que ce n'est qu'à la longue que le col s'est resserré autour de la tige. Dans les autres cas, il faut admettre que le col, plus ou moins entr'ouvert, et appliqué sur le pessaire immobilisé par sa position, est descendu au-dessous de lui et l'a englobé dans son intérieur.

Quoi qu'il en soit, il est bon de signaler l'extrême tolérance de l'utérus par ces corps étrangers. Je la considère plus parfaite encore que ne le croit notre confrère ; le resserrement de la cavité qu'il attribue à la contractilité de la paroi, je pense qu'il faut plutôt le considérer comme le résultat de l'atrophie sénile de l'organe.

Dans le cas d'Herzfeld, le pessaire resta probablement vingt-cinq ans ; dans le cas actuel, il y séjourna quinze ans ; ce sont les deux exemples de séjour le plus prolongé, qu'il nous ait été possible de trouver dans les auteurs.

Au point de vue thérapeutique, il suffit le plus souvent, après une dilatation légère et pour l'amener au dehors, de tirer sur le corps étranger, quand il s'agit d'une tige sans extrémité renflée.

Mais il faut aussi tenir compte de sa direction ; c'est ainsi que dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital Broca, dans le service de M. Pozzi, que j'avais l'honneur de suppléer, il s'agissait d'une tige de laminaire introduite probablement dans un but criminel, chez une femme enceinte de trois mois.

Cette tige s'était placée en travers, et mes tentatives pour l'amener dans l'axe du col ayant échoué, je dus pratiquer pour l'extraire, une discision double du col.

Quand on se trouvera en présence de corps étrangers semblables à ceux de M. de Bovis et même de Herzfeld, il sera préférable de recourir d'emblée à une section médiane de l'utérus, suivant le procédé adopté par le premier de ces auteurs, et dont je vous ai donné plus haut la relation.

Quand, exceptionnellement, le corps étranger a perforé la paroi cutanée, il conviendra, comme l'ont fait Gill Wylie (baguette de verre) et Marchand (bougie d'Hégar, *Société de chirurgie,* séance du 7 juillet 1897), de recourir à une intervention spéciale (laparotomie).

Messieurs, je vous propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De déposer ces deux observations dans nos archives.

Discussion.

M. Berger. — Je voudrais faire remarquer à M. Picqué que, dans la première observation de M. Boris, on semble s'être trop dépêché d'intervenir. On avait senti la crépitation une fois; on s'est ensuite fondé sur le signe de Hueter pour diagnostiquer une interposition musculaire. Or, je ferai observer que si on fait la traction dès le premier jour, il est rare qu'on réussisse à vaincre la contraction musculaire. C'est le 10e jour que j'établis cette traction, et j'attends, arrivant à des tractions de 4 à 5 kilogrammes. Il faut ces poids pour voir une interposition disparaître et la réduction se faire. Il faut donc attendre, et n'intervenir qu'après avoir vu les effets de cette traction. Après avoir constaté la crépitation le premier jour, je ne me serais pas cru autorisé à intervenir, et même après avoir vu, comme M. Boris, mon diagnostic confirmé par cette intervention.

M. Lucas-Championnière. — Je partage entièrement l'opinion de M. Berger. Si on ouvrait dès le premier jour le foyer des fractures, on trouverait bien souvent des interpositions musculaires : on ne serait pas pour cela autorisé à intervenir. Il faut attendre, comme le disait M. Berger, et voir comment les choses vont se passer; sous l'effort d'une traction suffisante.

Autant je suis disposé à intervenir quand il m'est démontré que l'interposition ne disparaît pas, et empêche la consolidation, autant je crois qu'il faut être très réservé de ces interventions précoces.

M. Hennequin. — Le délai dans lequel est intervenu l'auteur de cette communication est beaucoup trop court quand on n'a, pour établir une interposition de tissus mous entre les fragments, que l'absence de crépitation (les tentatives pour l'obtenir auraient-elles été renouvelées plusieurs fois) et l'absence de transmission des vibrations d'une extrémité du levier osseux à l'autre. Car c'est peut-être dans les fractures du fémur qu'on obtient le moins souvent la crépitation. Et si on n'avait la mobilité anormale, le diagnostic, dans bien des cas, resterait incertain, malgré la perte des fonctions du membre et la constatation d'épanchements plus ou moins abondants. Presque toujours la solution de continuité du levier crural est accompagné de déplacement des fragments, déplacement dont le plus fréquent est le chevauchement. Or, que le trait de fracture soit oblique ou transversal, après le chevauchement, les surfaces fracturées, dont le contact est nécessaire pour obtenir la crépitation, sont en rapport avec les extrémités des fragments recouverts de leur périoste. Que les surfaces soient maintenues à une distance, même minime, l'une de l'autre, qu'il se soit formé entre elles un épanchement sanguin en voie d'organisation, la crépitation n'a pas lieu. Je ne parle pas des fractures extra-capsulaires, par pénétration, dans lesquelles la crépitation est un phénomène rare.

Quant à la transmission des vibrations, les causes qui empêchent les crépitations de se produire les empêchent de se transmettre d'un fragment à l'autre. Car ces phénomènes sont connexes, leur perception ou leur absence ont les mêmes causes.

Ce n'est pas non plus sur la non-réduction des fragments soumis à une traction de 4,100 grammes pendant quelques jours, la jambe dans la rectitude, qu'on pouvait se fonder pour établir que (un des fragments aurait-il embroché un muscle) la réduction était impossible sans une intervention sanglante. La traction était trop faible, le moyen trop défectueux, la durée trop courte pour que l'expérience fût concluante.

A mon avis, s'il reste des doutes sur les causes de l'absence de coaptions et de transmission des vibrations, si l'interposition n'est pas établie sur des données certaines, on n'est pas autorisé à intervenir, le bistouri en main, avant quatre ou cinq mois après l'accident.

M. Picqué. — Je suis très heureux d'avoir entendu M. Berger nous parler des succès qu'on obtient dans ces cas par l'extension. Je lui rappelle d'ailleurs, que dans mon rapport, j'ai fait allusion à l'observation qu'il a présentée au Congrès de chirurgie, à l'appui de ses idées.

Cependant, pour défendre M. Boris, je ferai observer que c'est le 29 août qu'il a vu le malade ; qu'il a établi la traction avec l'appareil de Tillaux, en allant jusqu'à 4 kilog. 5, et que ce n'est que le dixième jour qu'il est intervenu. On ne peut donc l'accuser de trop de précipitation.

Lecture.

M. Hagopoff (de Constantinople) lit un travail sur l'*étiologie et le traitement de la luxation congénitale de la hanche.*

Son travail est renvoyé à une Commission (M. Kirmisson, rapporteur).

Présentation de malade.

Tumeur de la parotide. — Néostomie du canal de Sténon.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade de soixante-deux ans que j'ai opéré il y a trois semaines, d'une tumeur de la joue qui me paraissait développée dans la parotide accessoire. Comme elle datait de dix-sept ans, qu'elle était dure, un peu lobulée, je pensais à un enchondrome. Elle fut enlevée, mais il fut impossible de ne pas sectionner le canal de Sténon qui y adhérait très intimement. J'aperçus, après l'ablation, le bout central du canal couché sur le masséter. J'eus alors l'idée de faire une boutonnière dans la muqueuse de la joue, tout près du bord extérieur du masséter. J'attirais le canal dans cette boutonnière et l'y suturais par deux points à la soie fine. Le malade guérit par première intention après l'ablation d'un petit drain de sûreté retiré quarante-huit heures après.

Il n'y a jamais eu aucun écoulement de salive par la plaie. On sent parfaitement par la bouche un petit infondibulum, au fond duquel s'ouvre le canal de Sténon suturé. Je crois que cette manière de faire doit être recommandée toutes les fois que le canal de Sténon étant sectionné et impossible à réparer, l'on craint une fistule salivaire ; mais il faut pour cela que la lésion porte sur la partie massétérine du conduit.

Notre malade est atteint depuis trois mois de névralgies faciales gauches, qui n'ont été en rien modifiées par l'ablation du néoplasme. Celui-ci est une tumeur mixte, fibro-adéno-chondrome (examen du professeur Cornil) et bénigne.

M. Reynier. — Il y a six ans, j'eus l'occasion de pratiquer une néostomie du canal de Sténon, comme l'a faite M. Schwartz, mais dans d'autres conditions.

Il s'agissait d'un homme qui avait une fistule du canal de Stenon et, pour remédier à cette infirmité, je crus devoir aboucher le bout parotidien du canal, tout près du bord antérieur du masséter. Cette néostomie mit fin à l'écoulement de la salive par la joue. Quand elle est possible dans les fistules du canal de Sténon, c'est l'opération de choix.

Le Secrétaire annuel,

Reynier.

SÉANCE DU 19 JANVIER 1898

Présidence de M. Delens.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

Discussion

Sur l'ulcère duodénal.

M. Tuffier. — Les faits qui vous ont été présentés par M. Schwartz portent sur deux points de l'histoire chirurgicale de ces ulcères : leur *diagnostic* et leur *traitement*. Au point de vue diagnostic, nous sommes appelés à intervenir dans deux cas : l'ulcère a été *reconnu*, fait rare, où il s'agit d'une péritonite par perforation dont l'origine nous échappe, l'ulcère était *latent*. Si la péritonite est *généralisée*, le traitement par laparotomie s'impose ; mais, dans les cas où les accidents sont subaigus et revêtent l'aspect d'une *appendicite subaiguë*, le diagnostic devient plus hésitant et la thérapeutique peut être discutée. C'est cette variété simulant l'appendicite sur laquelle je désire insister.

Un jeune homme de vingt-six ans, en pleine santé, est transporté, le 10 janvier, dans mon service de la Pitié. Le 8 janvier, à 10 heures du matin, en faisant un effort pour soulever un sac de café, il ressent une douleur vive avec sensation de craquement au milieu de l'abdomen. La douleur est diffuse sans aucun maximum applicable ; elle se calme bientôt et le malade continue son travail. Obligé de s'aliter dans la soirée, il est transporté le lendemain matin, 9 janvier, dans le service de mon collègue Babinski. Il ne présente aucun symptôme grave abdominal, mais la douleur de la fosse iliaque droite, avec empâtement de ce côté, jointe à l'absence de selles et de gaz, fait porter le diagnostic : appendicite subaiguë. Le malade m'est envoyé le 10 au matin. Je le trouve en état relativement peu inquiétant; l'abdomen est peu

tendu, la fosse iliaque droite est empâtée, il n'y a pas de vomissement, le pouls est bon mais très rapide; je pense à une appendicite subaiguë, et comme il n'existe aucune indication opératoire urgente, je prescris glace, opium, diète et repos absolu, et je recommande à nos internes, Lardennois et Wiart, de me faire prévenir, si les accidents s'aggravaient. Un pouls devenu rapide et petit, des vomissements surviennent vers midi; le chirurgien de garde est appelé, pense comme nous tous à une appendicite. Il incise dans le flanc droit, ouvre le péritoine, voit sourdre du pus, et se contente de placer un drain comme cela avait été préconisé ici dans les suppurations pericæcales. Les accidents persistent et le malade succombe dans la nuit. L'autopsie nous fait trouver un épanchement séro-purulent occupant la fosse iliaque droite et le flanc droit, avec quelques adhérences récentes. La région cæco-appendiculaire est normale, mais l'épanchement nous conduit vers l'estomac sur une perforation de la première portion du duodénum. L'ulcère siège sur la face antérieure, il a des dimensions un peu supérieures à celles d'une pièce de 1 franc. Cet ulcère a ses bords amincis, taillés en gradin aux dépens de sa face muqueuse et sans aucune réaction périphérique.

Ce fait nous montre combien les difficultés sont grandes, quand la gravité des accidents est masquée par la bénignité et la localisation iliaque apparente des symptômes. Le diagnostic est plus difficile encore ici que dans la péritonite généralisée. La thérapeutique elle-même est aussi hésitante en face des pseudo-appendicites. Il est certain qu'après laparotomie pour ulcère duodénal, le drainage et la suture sont les méthodes de choix, mais pour suturer la perforation, il faut bien savoir que les parois sont très minces et très friables. Elles étaient altérées ici dans une étendue double de celle de l'ulcération, et il eût fallu exécuter une suture occupant toute la longueur de la première portion du duodénum pour obturer convenablement la plaie. Ce sont là des opérations sérieuses pratiquées contre une maladie grave. D'ailleurs, n'avons-nous pas vu la statistique vraiment déplorable de notre intervention pour ulcère perforé. Deux ou trois succès, voilà tout ce qu'elle donne. En présence de la gravité de l'ulcère, de ses perforations, de ses hémorragies, en face de la haute gravité des opérations pour ulcère perforé, *latent*, la conclusion qui s'impose logiquement, *c'est de traiter chirurgicalement les ulcères reconnus avant la perforation*. La *gastroentérostomie*, qui nous donne de si merveilleux résultats dans l'ulcère simple de l'estomac, mérite d'être prise en sérieuse considération, et peut-être nous rendrait-elle les mêmes services dans l'ulcère du duodénum.

C'est là une simple proposition que je livre à votre expérience, et que je compte bien mettre à exécution quand le cas se présentera.

M. P. Michaux. — Le jour même où notre collègue et ami E. Schwartz vous présentait son intéressant rapport sur le diagnostic et le traitement des péritonites septiques diffuses produites par l'ulcère perforant du duodénum, j'étais moi-même appelé par mon collègue Œttinger pour voir un jeune homme de vingt-quatre ans exerçant la profession de garçon pâtissier, qui présentait tous les signes d'une péritonite généralisée, ballonnement du ventre, vomissements, douleur abdominale diffuse, un peu plus marquée dans la fosse iliaque droite, constipation.

Ce jeune homme était entré dans le service de M. Œttinger, salle Delpech n° 17, pendant les vacances du nouvel an, pour une vive douleur épigastrique avec retentissement scapulaire. Les deux internes très distingués qui l'avaient examiné dès le premier jour avaient cru tout d'abord à une colique hépatique ; en examinant avec soin ses urines, les jours suivants, ils avaient été frappés de l'abondance des dépôts muqueux, presque purulents et avaient attribué au rein les phénomènes observés.

Le malade était entré le 31 décembre 1897. Pendant six jours, son état reste stationnaire, le facies est bon, plutôt pâle, l'abdomen plutôt rétracté, lorsque le 4 janvier au soir, son état s'aggrave subitement : les douleurs d'abord localisées dans la région sous-hépatique, puis dans la fosse iliaque droite, se généralisent ; le ventre commence à se ballonner.

Le lendemain matin, les phénomènes sont plus accusés encore, lorsque M. Œttinger voit le malade pour la première fois ; il me fait appeler aussitôt et lorsque j'arrive, il n'y a aucun doute sur l'existence d'une péritonite généralisée.

Deux heures après, je l'opère en présence de M. Œttinger. Nous trouvons en effet une péritonite généralisée que nous supposons d'origine appendiculaire ; les anses intestinales sont rouges, gonflées, recouvertes de fausses membranes, un épanchement séro-purulent abondant existe dans le petit bassin, dans la fosse iliaque droite, entre les anses intestinales.

Trois incisions sont faites : une médiane ombilico-pubienne et deux latérales au niveau des flancs droit et gauche. Les anses intestinales sont soigneusement nettoyées et les foyers, mis à jour autant que possible, sont lavés très largement à l'eau salée chaude.

Nous ne trouvons pas l'appendice, et pour ne pas prolonger l'opération nous ne poussons pas plus loin les recherches.

Le malade supporte assez bien l'opération ; le soir à 6 heures

son état est satisfaisant, mais à 10 heures il s'aggrave très rapidement et le malade succombe sept heures environ après l'intervention.

A l'autopsie, les foyers péritonéaux sont relativement propres, l'appendice est sain, haut placé en arrière du cæcum. En relevant le foie, nous constatons nettement que c'est au-dessous de cet organe que s'écoulent encore des matières noirâtres, septiques, on voit très nettement la gouttière purulente suivie par les matières, contournant le côlon ascendant, et conduisant dans le petit bassin par la fosse iliaque droite.

La face antérieure du duodénum présente au niveau de sa première portion, juste au-dessous du pylore, une ulcération atone, grande comme une pièce de 20 centimes, par laquelle s'échappent encore des matières noirâtres.

En résumé cette observation est absolument comparable à celles de Rochard, Guinard, Sieur et Loison.

Le malade n'a été vu par nous qu'à la période de la péritonite généralisée; nous avons cru, en raison de la fréquence, qu'il s'agissait plutôt d'une péritonite par perforation appendiculaire, n'ayant pas eu le temps de suivre le malade.

Nous ne pouvons que regretter que le diagnostic n'ait pu être posé plus tôt, car étant donnée l'évolution excessivement lente de cette péritonite, il est bien probable que nous aurions pu la prévenir ou la limiter.

Enfin, le siège de l'ulcération sur la partie antérieure du duodénum, l'intégrité du reste de cet organe et de l'estomac, l'absence de tout autre ulcération, le voisinage du pylore auraient vraisemblablement permis de le suturer ou tout au moins de le mettre dans les conditions de réparation qui leur font le plus ordinairement défaut.

Je me suis trouvé une fois dans ces conditions favorables pour un ulcère perforant de l'estomac. Il s'agissait d'un poseur de rails de l'Ouest qui fut pris d'une vive douleur en soulevant un rail; l'accident se produisit à 10 heures du soir, on apporta immédiatement le malade à Beaujon, je l'opérai le lendemain à 9 heures et je fus assez heureux pour le sauver. J'ai communiqué cette observation au Congrès de Lyon en 1894.

Rapport.

I. *Trois observations de fractures de la clavicule traitées par la suture osseuse.* — II. *Considérations sur les pseudo-étranglements herniaires au point de vue du diagnostic des lésions abdominales graves.* — III. *Hernie étranglée consécutive à la ponction d'un kyste congénital du cordon, chez un enfant de trente-trois jours. Cure radicale. Guérison.* — IV. *Note sur deux cas d'intoxication par l'acide picrique dans le traitement des brûlures.* — V. *Mal de Pott lombaire. Redressement par le procédé de Calot. Paraplégie temporaire et paralysie de la vessie,* par M. le D[r] FRÉDÉRIC LATOUCHE, chirurgien de l'hôpital d'Autun.

Rapport par M. C. WALTHER.

Messieurs, le D[r] Latouche, chirurgien de l'hôpital d'Autun, vous a envoyé un certain nombre d'observations, ayant trait à divers sujets. Je ne ferai donc qu'une très courte analyse de chacun de ces travaux.

I. — Voici d'abord trois observations de fractures de la clavicule, traitées par la suture osseuse. Dans ces trois cas, il y avait un chevauchement très marqué des fragments, une déformation très accentuée. M. Latouche obtint, dans ces trois cas, par la suture osseuse, un excellent résultat, tant au point de vue opératoire qu'au point de vue thérapeutique.

II. — Dans un second travail, M. Latouche signale les difficultés de diagnostic qui peuvent résulter de la coexistence d'une hernie irréductible et d'une affection abdominale grave, pouvant faire croire à un étranglement. Dans un des cas rapportés dans ce Mémoire, il s'agissait d'une épiplocèle inguinale irréductible, avec coïncidence de péritonite tuberculeuse; dans un autre cas, d'une hernie de la ligne blanche, compliquant un énorme myxosarcome de l'épiploon; dans la dernière observation, d'une épiplocèle inguinale irréductible, avec péritonite suppurée généralisée; dans ces trois cas, l'épiplocèle était apparue brusquement, au dire des malades et, en même temps, avaient éclaté les accidents abdominaux graves qui pouvaient donner le change et faire croire à un étranglement.

III. — Chez un enfant de trente-deux jours, présentant tous les signes d'une hydrocèle congénitale enkystée du cordon, M. La-

touche pratique une ponction évacuatrice. Le lendemain, la mère lui rapporte l'enfant, et M. Latouche constate, à la place même qu'occupait le kyste funiculaire, une hernie manifestement étranglée. Il y avait, en effet, depuis la veille, des vomissements, arrêt absolu d'évacuation de matières ou de gaz. Séance tenante, après avoir tenté un taxis très léger, M. Latouche fit la kélotomie, trouva une anse intestinale étranglée et pratiqua la cure radicale. L'enfant guérit sans complications.

La pathogénie de cet accident me semble bien être celle qu'indique l'auteur, à savoir qu'après l'évacuation du liquide contenu dans le kyste (qui communiquait avec le péritoine, bien que l'examen clinique n'eût pas révélé cette persistance du trajet vagino-péritonéal) l'intestin put, sous l'effort des cris de l'enfant, franchir le diaphragme correspondant à l'orifice externe du canal intestinal et s'étrangla d'emblée sur ce diaphragme, comme le vérifia M. Latouche au cours de l'opération.

IV. — Voici maintenant deux observations que je vous demande la permission de vous lire en entier, au moins dans toute la partie qui répond à la description clinique des accidents très nettement rapportés par l'auteur.

Deux enfants, âgés l'un de quatre ans, l'autre de deux ans, avaient été brûlés par une explosion de poudre de mine répandue par mégarde devant un poêle. « Tous les deux, nous dit M. Latouche, avaient la figure et les mains atteintes. L'aîné portait des brûlures au second degré. Toute la face était tuméfiée, couverte de vastes phlyctènes; l'intérieur de la bouche, principalement au niveau des lèvres, était brûlé; enfin les mains, dans toute la partie dorsale, présentaient des brûlures analogues.

« Le plus jeune était porteur de brûlures absolument semblable, quant à l'étendue et à la situation, mais sur certains points, notamment aux mains, au front et aux tempes, elles arrivaient au troisième degré.

« Les personnes présentes à l'accident avaient pansé ces enfants avec de l'huile, et c'est recouverts de ce masque à l'huile et à l'ouate qu'ils me furent amenés à Autun, le 14 décembre 1896.

« Après lavage à l'eau boriquée tiède de toutes les parties atteintes, je fis, à chacun des blessés, un pansement à l'eau stérilisée saturée d'acide picrique.

« Au moment de l'application des compresses trempées dans le médicament, et qui furent recouvertes d'ouate, les enfants ne manifestèrent pas de douleur, mais environ cinq minutes après, ils commencèrent à crier, à se plaindre de brûlures vives et la douleur dura environ une demi-heure, après quoi ils s'endor-

mirent. Les jours suivants, il n'y eut pas de souffrance locale.

« Le second pansement fut fait cinq jours après, dans des conditions semblables au premier. Les brûlures présentaient un bon aspect, il n'y avait, pour l'aîné, aucune suppuration, mais partout des croûtes sèches; chez le plus jeune des sujets, les parties brûlées profondément, principalement aux mains, étaient recouvertes de pus, mais, en résumé, localement l'état était des plus satisfaisants.

« La douleur, avec sensation de brûlure, fut aussi vive et aussi longue à ce second pansement qu'au premier; aussi, croyant agir au mieux, je substituai, lors du troisième pansement, à la solution aqueuse saturée une pommade à la vaseline à 10 p. 100. J'étendis cette pommade sur des compresses aseptiques et enveloppai ainsi toutes les surfaces brûlées. Chaque enfant reçut environ 200 grammes de cette pommade. L'effet produit fut déplorable.

« A peine portés dans leurs lits, ils se mirent à pousser de vrais hurlements, criant qu'on les brûlait, qu'on les piquait, et ce n'est qu'au bout de trois heures qu'ils se calmèrent et s'endormirent. Je dois dire toutefois que les jours suivants, il n'y eut plus la moindre sensation pénible.

« La nuit qui suivit le pansement fut, pour les deux malades, sans sommeil. Vingt-quatre heures après, ils furent pris l'un et l'autre de vomissements, d'abord spontanés et à vide, bientôt suivis du rejet de tout ce qui était ingéré. Ces vomissements, qui durèrent exactement vingt-quatre heures, ne s'accompagnaient d'aucun phénomène douloureux. Les enfants se soulevaient et, d'une seule nausée, rendaient tout ce qu'ils venaient de prendre. Il y eut environ pour chacun douze de ces vomissements.

« En même temps apparurent des coliques accompagnées de selles diarrhéiques très jaunes, qui ne cédèrent également qu'après vingt-quatre heures et se répétèrent de douze à quinze fois.

« La peau prit une coloration jaune intense, ainsi que les sclérotiques.

« Les deux malades étaient absorbés, comme hébétés. L'aîné présenta ces phénomènes cérébraux peu accentués, mais le plus jeune nous inquiéta beaucoup. Il était somnolent, abattu, inerte, ne pouvait soutenir sa tête, répondant à peine, vomissant ou évacuant sans même se soulever et refusant toute alimentation.

« Les urines, rares, étaient absolument noires; toutefois elles ne contenaient pas d'albumine. »

Ici, M. Latouche nous donne le détail de l'analyse très complète faite par M. Letort, pharmacien à Autun, et dont voici les

conclusions : « Il résulte de toutes ces réactions que c'est l'acide picrique qui donne à l'urine sa coloration. La comparaison, faite avec une solution titrée d'acide picrique, permet d'évaluer son poids à 1 gr. 40 par litre d'urine. En résumé, l'urine est rendue pathologique par la présence de l'acide picrique et elle ne contient pas d'autres éléments anormaux.

Voici la suite de l'observation de M. Latouche : « En même temps, les petits malades se plaignaient de douleurs vives dans les jambes qui, cependant, ne présentaient aucune lésion appréciable de la peau et n'étaient pas brûlées.

« Cet état grave dura peu chez l'aîné qui, rapidement, en quarante-huit heures, reprit sa gaîté et son appétit.

« Mais le plus jeune resta huit jours très souffrant, faible, ne dormant pas, ne mangeant pas et dans un état d'abattement cérébral qui cependant disparut progressivement.

« Un dernier pansement fait à l'aîné avec la solution aqueuse n'amena aucun accident et la guérison était telle au bout de vingt-cinq jours qu'il pouvait quitter l'hôpital, non pas guéri, mais en voie de guérison et porteur de croûtes sèches recouvrant un épiderme nouvellement formé.

« Les urines restèrent toutefois jaunes pendant une dizaine de jours ainsi que la peau, mais il n'y avait pas d'albumine et l'état général était excellent.

« Le plus jeune des enfants fut pansé une dernière fois à l'acide picrique. Vu la gravité plus grande de ses brûlures, nous n'hésitâmes pas, malgré les accidents précédents, à faire encore emploi du médicament. Mais alors nous usâmes seulement de 40 grammes, de la pommade à 10 p. 100. Il y eut encore douleur au moment de l'application, mais bien moins vive et, six heures après le pansement, l'enfant fut repris de coliques avec évacuations comme auparavant. Toutefois, ces accidents furent bien moins intenses, il y eut seulement trois évacuations et pas de vomissements. Néanmoins et par prudence, à dater de ce jour, nous cessâmes l'acide picrique et pansâmes le brûlé avec des compresses sèches aseptiques, nous contentant pour les renouveler et les décoller de les arroser avec la solution aqueuse saturée au moment du pansement. »

Je vous ai rapporté l'observation même de M. Latouche, parce qu'elle contient une description très détaillée et très précise de l'intoxication par l'acide picrique.

Ces accidents d'intoxication picriquée sont, je crois, très rares, exceptionnels. Je n'en ai pour ma part jamais observé. A la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, où j'ai eu pendant deux ans à soigner un grand nombre de brûlés, je n'ai jamais

rien vu de semblable. J'ai au contraire souvent noté une douleur très vive au moment de l'application du pansement, douleur dont l'intensité était parfois telle qu'il fallait renoncer à ce mode de traitement.

V. — Dans un dernier travail, enfin, M. Latouche nous rapporte l'observation d'une femme de vingt-sept ans atteinte de mal de Pott avec gibbosité angulaire siégeant au niveau de la troisième vertèbre lombaire.

La malade était venue à pied, faisant un trajet de 2 kilomètres environ. Elle ne souffrait pas, ressentait seulement un peu de faiblesse des jambes ; aucun trouble vésical.

Le 12 novembre 1897, elle entrait à l'hôpital d'Autun, et le 13, M. Latouche pratiquait le redressement de la colonne vertébrale, suivant la méthode de Calot. Il n'exerça aucune traction exagérée et il fut facile de percevoir deux légers craquements au moment de la réduction de la gibbosité. Un appareil plâtré fut immédiatement appliqué.

Dès le lendemain, on constatait une paralysie très marquée de la jambe gauche, une paralysie moins prononcée de la jambe droite, sans aucun trouble de la sensibilité. En même temps il y avait une incontinence absolue des urines.

Le 21 novembre, c'est-à-dire au bout de huit jours, la miction volontaire se rétablit. La paralysie des membres inférieurs avait notablement diminué, et bien que la malade n'eût pas recouvré ses mouvements, ne fût pas revenue à l'état où elle se trouvait avant l'opération, il paraissait certain que l'amélioration continuerait à s'accentuer et que la mobilité ne serait pas compromise.

Discussion.

M. Berger. — On emploie depuis longtemps dans mon service les pansements à l'acide picrique, dans le traitement des brûlures. Dans ma pratique hospitalière je n'ai pas eu, je dois le dire, l'occasion de m'en plaindre. Mais les malades d'hôpital se plaignent peu ; et un certain nombre d'accidents peuvent vous échapper. Il n'en est pas de même dans la pratique de la ville. Là j'ai eu de tels accidents que j'ai du renoncer à l'acide picrique. A deux reprises, j'ai été rappelé pour des enfants sur lesquels je l'avais employé. L'un, après l'application de ce pansement, se plaignait de telles douleurs, que je dus lui enlever son pansement ; je le remplaçai par un pansement de traumatol dont j'ai

souvent eu l'occasion de me louer, et qui calma immédiatement ces douleurs. Chez le second, je fus obligé également de renoncer à l'acide picrique pour de véritables accidents d'intoxication. Ce sont ces faits qui m'ont fait abandonner l'usage de l'acide picrique, qui ne me paraît offrir aucun avantage, qui est douloureux, et qui peut être dangereux.

M. Lucas-Championnière. — J'appuie ce que vient de dire M. Berger contre l'usage de l'acide picrique dans les brûlures. Ce traitement a été répandu dans nos services, dans ces dernières années, avec une rapidité extraordinaire. J'ai donc eu l'occasion de pouvoir le juger. Or, j'ai eu chez des enfants des accidents d'intoxication, et chez les adultes surtout des douleurs intolérables après son application. Aussi ai-je dû renoncer à l'employer. Contre les brûlures je préfère me servir d'une vaseline antiseptique, que j'obtiens par l'adjonction d'essences. Par ces pansements, j'ai immédiatement calmé les douleurs provoquées par les pansements à l'acide picrique. C'est ainsi qu'appelé auprès de deux malades qui avaient été brûlées dans l'incendie du Bazar de la Charité, et qui avaient été pansées avec l'acide picrique, j'ai dû remplacer celui-ci. L'une de ces malades avait des douleurs intolérables qu'elle éprouvait; l'autre avait été prise de délire, avait de la diarrhée, un véritable empoisonnement que je mis sur le compte de l'acide picrique. Les accidents en effet cessèrent dès que j'eus supprimé le traitement.

M. Tuffier. — Je voudrais appuyer par des faits les opinions de M. Berger. J'ai employé l'acide picrique contre les brûlures et je n'ai vu aucune différence entre les résultats obtenus et ceux que donne un *topique antiseptique* quelconque. Je ne comprends donc pas pourquoi on s'est engoué de ce produit. Ni les douleurs, ni la durée de cicatrisation, ni les accidents septiques n'ont été particulièrement modifiés par cet agent. En revanche, j'ai vu des cicatrices pigmentées et vraiment laides, des irritations intenses du derme. J'ai encore un malade, à la Pitié, dont les jambes sont couvertes d'un eczéma dû à l'application de l'acide picrique.

J'ai eu, au mois de mai dernier, à soigner de vastes brûlures, au 2e et au 3e degré. Je me suis contenté du traitement préconisé par Périer, depuis plusieurs années : nettoyage très soigné de la brûlure à l'eau chaude et au savon ; application d'une gaze iodoformée à sa surface, puis pansement à l'ouate stérilisée. Le pansement est laissé en place jusqu'à ce que le thermomètre indique la nécessité d'un changement. Mes malades sont ainsi restés huit et quinze jours sans être pansés ; j'en ai qui ont complètement

guéri en deux pansements. Or, ces malades n'ont jamais souffert après l'application du premier pansement; ils n'ont pas eu le moindre accident septique et leurs cicatrices sont aujourd'hui tout à fait remarquables.

M. Brun. — Chez les enfants en particulier, l'acide picrique offre de grands dangers et provoque de graves accidents. Je citerai l'observation d'un enfant atteint de brûlure du pied au 2e degré, auquel on avait trempé le pied dans une solution d'acide picrique à 5 p. 100, et qu'on avait enveloppé de compresses humides, imbibées de la même solution. Dès le deuxième jour il était abattu; il était devenu jaune, non seulement sur les points touchés par l'acide picrique, mais sur le reste du corps. Les conjonctives étaient jaunes. Cet enfant succomba très rapidement avec de la diarrhée et de véritables phénomènes d'intoxications.

M. Desfosses, mon interne, à la suite de cette mort expérimenta l'acide picrique sur des souris blanches, auxquelles il avait fait des brûlures. Il les trempa dans une solution d'acide picrique. Il les vit mourir rapidement, passant, comme l'enfant dont je viens de vous parler, du blanc au jaune.

M. Félizet. — Je m'associe complètement à ce qu'ont dit MM. Berger et Brun. Pour les enfants, je considère l'acide picrique comme un pansement dangereux dans les cas de brûlures.

M. Michaux. — J'ai vu dans mon service l'acide picrique être employé. Je n'ai jamais observé d'accidents dans ce service, qui est un service d'adultes.

Je ne saurais donc partager entièrement la manière de voir de mes collègues. Sous ce pansement, j'ai vu guérir assez rapidement des plaies, qui prenaient un bon aspect; et au point de vue des résultats de la cicatrisation, il m'a semblé que mes malade s'en trouvaient bien. Et si je n'ai jamais eu de phénomènes d'intoxication, cela peut tenir à ce que je n'ai jamais employé que des solutions à doses très modérées.

M. Reynier. — Je crois qu'il faut faire dans les résultats obtenus par le traitement avec l'acide picrique une distinction entre les enfants et les adultes.

Les accidents graves, dont viennent de parler MM. Berger, Brun, Lucas-Championnière, Félizet, Tuffier, ont été vus sur des enfants. N'ayant pas une pratique infantile de ce traitement, j'accepterai ce que viennent de nous dire nos collègues. Mais

pour les adultes, je crois qu'ils s'élèvent trop contre ce traitement. Il ne me paraît pas si dangereux, et dans un certain nombre de cas, il m'a paru utile. Si j'ai vu quelquefois après son application des douleurs vives, je n'ai jamais observé d'accidents graves, qui lui fussent nettement attribuables. Dans les cas où son application a été douloureuse, il s'agissait de brûlures au troisième degré.

Dans les brûlures légères au premier et au deuxième degré, j'ai vu, par contre, l'acide picrique soulager énormément. Ce qui m'a frappé le plus, a été de voir des médecins, des internes, brûlés à la main, expérimenter sur eux-mêmes le traitement à l'acide picrique et s'en louer. Immédiatement après l'application, ils éprouvaient une petite douleur, et ensuite ils cessaient de souffrir de leurs brûlures. Leurs témoignages à ce sujet ne laissaient aucun doute.

Je voudrais encore ajouter un mot à propos de ce vieux pansement ouaté que M. Tuffier vient de nous vanter.

Voici longtemps que dans mon service je m'élève contre l'usage de la ouate appliquée directement, ou avec l'interposition de vaseline antiseptique, sur la plaie. Cette ouate a le gros inconvénient d'adhérer. Quand, à cause de la suppuration, il faut refaire le pansement, l'ablation de cette ouate est douloureuse, fait saigner, et souvent enlève les morceaux d'épiderme, qui avaient été soulevés par la vésication.

Aussi ai-je remplacé, surtout pour les brûlures de la face, ce pansement ouaté, par l'application sur la brûlure de taffetas gommé bouilli, ou de protective enduit de vaseline boriquée. Pardessus, je mets la ouate. Ce pansement a l'avantage de ne pas adhérer, et quand on le renouvelle, les malades ne souffrent pas autant qu'avec les anciens pansements.

M. Potherat. — J'ai l'expérience de l'acide picrique chez les adultes et chez les enfants.

Chez les adultes, je n'ai pas eu d'accidents, à part quelques phénomènes douloureux provoqués par son application. Toutefois je dois le confesser, je n'ai pas été frappé, comme l'auteur du traitement, des vertus extraordinaires qu'il lui attribue.

Dans le service d'enfants que j'ai eu pendant six mois, j'ai dû renoncer à l'acide picrique. Car j'ai reconnu que les enfants pouvaient avoir des accidents d'intoxication, même avec des solutions à 5 p. 100.

Dans deux cas j'ai eu des phénomènes d'intoxication, caractérisés par des vomissements; et chez tous mes autres petits malades j'ai noté des douleurs très vives.

Aussi, je me joins à mes confrères qui s'élèvent contre l'emploi de ce traitement sur les enfants.

M. Reclus. — Comme tous mes collègues j'ai vu mon service être envahi par l'acide picrique. Ce sont mes internes qui ont introduit ce pansement, et j'ai pu ainsi juger des effets qu'il produit. Je n'ai pas eu, je dois le dire, d'accidents graves à relever. Mais j'ai observé des douleurs, et il m'a paru qu'avec ce pansement la cicatrisation était moins rapide. Aussi je ne l'emploie plus, et suis revenu à la pommade polyantiseptique, dont j'ai déjà donné la formule.

M. Reynier nous préconise un pansement avec la baudruche imperméable, de la gutta-percha, je ne saurais l'accepter. Ce pansement entretient l'humidité des plaies, et nous savons que les pansements humides créent un milieu de culture favorable à l'infection.

Je préfère de beaucoup le pansement sec dans le traitement des brûlures, et c'est à lui que j'ai recours, encore une fois, avec la pommade polyantiseptique. Pour éviter les douleurs, je fais le pansement rare, ne le renouvelant que tous les huit à dix jours.

M. Hartmann. — J'ai vu aussi s'introduire à l'hôpital Bichat les pansements picriques, et les ai expérimentés dans les conditions suivantes. Sur une série de malades, porteurs de brûlures de même intensité sur les deux membres, j'ai appliqué sur l'un le pansement à l'acide picrique, sur l'autre le pansement rare antiseptique, la gaze iodoformée, que j'emploie depuis dix ans. Or, la guérison s'est faite plus rapidement du côté qui n'avait pas été touché par l'acide picrique. J'ai vu souvent les pansements à l'acide picrique être très douloureux, et j'ai vu quelquefois survenir à leur suite un érythème très intense. Dans ces conditions j'y ai renoncé pour revenir au pansement iodoformé, que j'applique ainsi. A l'entrée du malade je lave ses brûlures largement au sublimé, j'applique alors la gaze iodoformée, puis une énorme couche de ouate. Ce pansement, je le laisse en place le plus longtemps possible, un mois au besoin, me contentant, quand il est trop souillé par le suintement, d'enlever les couches superficielles de la ouate, en respectant les couches qui sont sur la plaie, que je me contente de saupoudrer d'iodoforme. Je ne fais donc pas ainsi saigner, et ne provoque pas les douleurs dont M. Reynier accusait le pansement ouaté.

M. Tuffier. — Je voudrais faire observer à M. Reynier que je n'ai pas parlé d'enfants, mais d'adultes.

Si je fais le pansement ouaté, je le fais très rare, ne l'enlevant que quand je suis forcé par la suppuration trop grande ou des phénomènes de septicémie.

Et, grâce à ces pansements rares, j'ai vu les phénomènes douloureux disparaître.

M. Walther. — De cette discussion, il ressort que, chez les enfants, on doit renoncer à l'acide picrique. Car, ainsi que je l'ai vu moi-même, ainsi que le disent mes collègues, ainsi que le prouve l'observation de M. Latouche, les enfants supportent mal ce pansement.

Chez les adultes, la question ne saurait être résolue aussi affirmativement. S'ils éprouvent, au moment de l'application, une douleur très vive, ils ne souffrent généralement plus, tant qu'ils ont ce pansement. Mais il faut que ce pansement devienne sec. Si on l'entretient humide avec du taffetas imperméable, on provoque de la douleur et des érythèmes.

En tenant compte de ces faits, bien que chez quelques-uns, je le reconnais, l'acide picrique produise des douleurs très vives, je ne pense pas qu'il faille, pour les adultes, le proscrire complètement.

Pour les enfants, au contraire, je me range entièrement à l'opinion de M. Berger.

Présentation de malades.

M. Guinard présente une jeune fille chez laquelle il a pratiqué la suture d'une perforation de l'estomac, produite par une contusion de l'abdomen.

Présentation de pièces.

M. Brun présente la radiographie du bassin d'un enfant de cinq ans; au centre du bassin est une large tache noire, qui répond à un calcul vésical.

M. Michaux présente un calcul qu'il a extrait d'un rein par la néphrotomie.

Le Secrétaire annuel,

Reynier.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1898

Présidence de M. Berger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. Hartmann dépose sur le bureau un travail de M. Delagenière, *sur une anomalie des organes génitaux.*

DISCOURS DE M. DELENS

Président sortant.

Mes chers collègues,

Le mandat que vous m'aviez confié est arrivé à son terme, et je tiens à vous renouveler plus cordialement, s'il est possible, que dans la séance dernière, l'assurance de mes sentiments de profonde gratitude.

Vous m'avez rendu légère la présidence, et je vous confesserai que c'est avec regret que je la quitte. Elle me donnait l'illusion de contribuer à l'œuvre scientifique que vous accomplissez et les relations qu'elle me procurait avec notre secrétaire général Reclus et notre secrétaire annuel Nélaton, m'étaient devenues une douce habitude.

Mais j'ai du moins, en abandonnant la présidence, la satisfaction de la transmettre à plus digne que moi, à mon excellent et vieil ami Berger, entre les mains duquel elle ne périclitera pas. C'est avec plaisir et confiance que je l'invite à prendre le fauteuil.

DISCOURS DE M. BERGER

Président.

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Je tiens tout d'abord à vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence de la Société de chirurgie : l'assiduité à nos séances, depuis vingt ans, a toujours été pour moi une règle et un plaisir; votre choix en fait cette année le plus agréable des devoirs. Je suis légitimement fier de succéder aux chirurgiens éminents qui avant moi ont occupé ce fauteuil; j'espère les égaler par mon dévouement aux intérêts de la Société, et par le zèle que je mettrai à leur service.

Je ne puis, dans l'accomplissement de cette tâche, suivre de meilleur exemple que celui de mon honorable prédécesseur; la régularité et la méthode avec lesquelles, dans l'année qui vient de s'écouler, a été fixé et suivi l'ordre du jour de nos séances, a favorisé le développement de nombreuses et importantes discussions, et a contribué pour une large part à rendre ces séances plus fructueuses et mieux remplies; je suis sûr d'être l'interprète de vos sentiments en lui adressant, ainsi qu'aux membres du bureau sortant, l'expression de votre reconnaissance. La Société de chirurgie doit à leurs soins éclairés l'élaboration du projet que vous venez d'adopter, et qui entre en vigueur aujourd'hui même, projet qui introduit dans la rédaction de nos Bulletins des modifications essentielles dont vos présidents et vos secrétaires, depuis plusieurs années déjà, réclamaient l'adoption.

La publication hebdomadaire du compte rendu de nos séances doit désormais permettre au public médical de suivre de plus près vos travaux, en trouvant chaque semaine dans vos Bulletins le texte même des communications et des discussions qui remplissent nos séances. Cette transformation, dont la nécessité s'imposait, nous forcera de modifier dans une certaine mesure notre activité et nos habitudes : comme tout changement, elle ne peut donc s'effectuer sans un certain effort; nous savons, Messieurs et chers collègues, que nous pouvons compter sur vous tous pour assurer le fonctionnement régulier de ce nouvel ordre de choses.

Grâce à votre précieux concours, la Société de chirurgie trouvera, nous en sommes certains, dans ce renouvellement de ses organes une nouvelle source de prospérité scientifique, elle saura rester à la hauteur de son passé, et tenir dignement le rang qu'elle occupe à la tête de nos institutions chirurgicales.

Discussion

Sur les abcès du foie.

M. Potherat. — M. Richelot a relevé dans son rapport, sans y insister, une complication, qui aurait entraîné la mort du premier malade de M. Lafourcade. Ce malade, est-il dit, présenta, après l'ouverture de son abcès, un abondant écoulement de bile, et cette cholérrhagie emporta l'opéré le vingtième jour.

La cholérrhagie est rare dans les *abcès* du foie consécutifs à l'hépatite des pays chauds, ou à la dysenterie. Cet accident est plus fréquent dans les *kystes hydatiques*, suppurés ou non. Je suis, je crois, le premier, à avoir non signalé le fait, mais bien montré l'importance de la cholérrhagie dans certains cas. (Voir Potherat, *Thèse*, Paris, 1889, p. 79.)

L'écoulement de bile est rare dans les abcès parce que ceux-ci sont ordinairement entourés d'une zone de cirrhose hépatique, amenant l'atrophie des canalicules biliaires, ou tout au moins la diminution du calibre de ces vaisseaux. Néanmoins, il n'est pas très rare de voir le pus de l'abcès mélangé d'un peu de bile, ce qui lui donne une coloration particulière, ou bien encore d'observer, après l'ouverture de l'abcès, et pendant quelques jours ou quelques semaines, un léger écoulement de bile; mais il est très rare, exceptionnel même, de voir cet écoulement acquérir une importance telle qu'il mérite le nom de cholérrhagie. Cependant le fait avait déjà été observé par Stromeyer, Rousse, Long et Cliquot; il a servi de base à une étude sur le sujet, parue dans la *Revue de médecine* du 10 mars 1890, étude due à M. Bertrand.

Dans ces cas, il est probable que la chute d'une portion notable de parenchyme hépatique mortifié a ouvert un ou plusieurs canalicules biliaires importants, d'où la complication observée.

La cholérrhagie est plus fréquente après l'ouverture des kystes hydatiques du foie, quel qu'ait été d'ailleurs le procédé employé pour cette ouverture. Elle reconnaît ici une origine différente. J'ai pu mettre en lumière sa pathogénie en m'appuyant sur l'examen histologique de ces kystes. Dans la paroi adventice qui les circonscrit, il se fait des dilatations ampullaires des canalicules biliaires; quelques-unes ont un volume réellement important. (Voir Potherat, *loco citato*.) Ces ampoules peuvent se rompre pendant la vie du kyste, d'où pénétration de la bile dans celui-ci, et mort possible du parasite. C'est de ce fait anatomique qu'était venue à Dolbeau l'idée d'injecter, dans les kystes parasitaires, de la bile pour amener la mort de l'hydatide, idée mise en pratique,

le plus souvent avec insuccès, par Voisin d'abord, puis par d'autres en France (Luton) et à l'étranger (Juan Mercant).

Le plus habituellement ces ampoules, maintenues par la tension du kyste, ne se rompent que lorsque cette pression intérieure a disparu par suite de l'ouverture chirurgicale de la poche. Aussi est-ce quelques jours et parfois quelques semaines après cette ouverture qu'apparaît l'écoulement biliaire. Tantôt la bile tache légèrement, et d'une manière intermittente, les pièces du pansement; tantôt elle coule à flots, imbibe le pansement qu'elle oblige à renouveler plusieurs fois par jour. Parfois même il semble que la totalité de la bile, ou la presque totalité, soit détournée de ses voies normales d'excrétion, et les fèces sont décolorées.

Cette cholérrhagie, par suite du trouble apporté dans l'absorption intestinale, entraîne pour le malade une perte nutritive très grande; et bien que le plus ordinairement l'appétit s'exagère en pareil cas, l'alimentation plus abondante n'arrive pas à compenser cette perte et le malade maigrit rapidement et considérablement.

Cette complication a été observée à un degré variable, dans nombre de cas; elle est signalée dans l'observation I, de la thèse du Dr Braine (Paris, 1886), dans l'observation II de la thèse du Dr Demars (Paris, 1888), dans les observations de Terrier, Richelot, Segond et Landouzy, Segond seul, de Bœckel, de Trélat et Potherat (Voir Potherat, *loco citato*), dans celle de Tillaux (Soc. de Chirurgie, 1890), dans un cas de Verneuil, dans un autre de moi-même, cas auxquels je ferai allusion plus loin, et dans bien d'autres observations.

Mais il est un point sur lequel j'insiste, parce qu'il est en désaccord avec ce qui s'est passé dans le cas de M. Lafourcade : c'est que, dans tous les faits signalés jusqu'ici, la cholérrhagie a toujours été passagère, quelle qu'ait été son abondance.

Elle a pu durer des jours, des semaines, des mois même, sans entraîner la mort. Elle a duré plus de quatre mois chez le petit malade de M. Segond, et il a guéri; elle dure encore près de seize mois après l'intervention chez une malade que j'ai opérée dans le service de M. Routier, par laparotomie, d'un kyste de dimensions vraiment extraordinaires. Chez cette femme, il s'est fait une ouverture intestinale secondaire, duodénale probablement, très profondément située en tous cas, d'où une fistule qui persiste et par laquelle ces jours derniers encore de la bile s'écoulait. Cette femme, après avoir considérablement maigri, a beaucoup engraissé, et présente aujourd'hui un bon aspect. Et n'allez pas croire que, dans ces cas, il s'agisse d'un écoulement insignifiant de bile. Un malade de Wechselmann (*Centralblatt für Chirurgie*, 1885) perdait

jusqu'à 750 grammes de bile par jour; le malade de M. Segond perdait de la bile en telle abondance que son pansement, quoique fréquemment renouvelé, en était constamment imbibé, et cela pendant plus de trois mois. Ma malade en perdit jusqu'à 1,500 grammes par vingt-quatre heures; elle en perdait encore plus de 600 grammes, d'une manière intermittente il est vrai, plus d'un an après l'ouverture de son kyste. Or, tous ces malades ont guéri.

De telle sorte que j'ai pu dire que la cholérrhagie est une complication sérieuse, grave même, mais dont Lœlcker et Grünberg (Landau) ont exagéré l'importance, puisqu'elle n'entraîne jamais la mort.

Je sais bien qu'en 1890 M. Thierry, aujourd'hui notre collègue des hôpitaux, a publié dans la *Gazette médicale de Paris* l'observation d'une malade de Verneuil qui, opérée le 20 mars, mourait juste un mois plus tard en présentant de la cholérrhagie. Mais je ferai remarquer que cette malade avait eu des accidents très-sérieux d'intoxication mercurielle (diarrhée, vomissements); qu'elle avait été opérée, par le procédé de Verneuil, d'un kyste rempli de vésicules filles, se vidant très mal, que le kyste s'infecta (fétidité de l'écoulement, élévation progressive de la température à 38, 39, 40 degrés), et que c'est au milieu de ces divers accidents que la malade succomba. Aussi suis-je peu disposé à attribuer sa mort à une cholérrhagie, d'ailleurs modérée comparativement à ces faits que je vous signalais plus haut, et qui ne durait que depuis quelques jours.

Il ne resterait donc à la charge de la cholérrhagie que le décès enregistré par M. Lafourcade. Et encore convient-il, si j'ai bien suivi l'observation de faire des réserves. Le malade était âgé; il était épuisé par l'affection primitive, l'opération avait été un peu longue, importante à ce point que pendant plusieurs jours le sujet était resté très déprimé.

Peut-être y aurait-il lieu de tenir grand compte de ces conditions défavorables dans l'appréciation des causes de la mort.

Ici une question se pose. Qu'y a-t-il à faire contre cet accident? Rien de bien réellement efficace. Cependant il me semble, en me basant sur les faits observés, que l'ouverture large qui permet une rapide et complète évacuation, qui évite l'infection, favorise une prompte réparation, est le meilleur moyen pour abréger la durée de la cholérrhagie et en atténuer les effets.

Quoi qu'il en soit, je terminerai par la conclusion suivante : la cholérrhagie est toujours possible après l'ouverture d'un kyste ou d'un abcès du foie. C'est un accident ordinairement bénin, sérieux parfois, grave rarement, très exceptionnellement mortel.

Quant au traitement de l'abcès en lui-même, je crois, avec M. Richelot, que la méthode de Stromeyer-Little, *modifiée*, pour employer l'expression de mon maître M. Segond, *modernisée*, dit M. Richelot, est la méthode de choix.

Mais je crois aussi que pour les abcès comme pour les kystes, et plus impérieusement encore pour les premiers, la voie la meilleure, que doit suivre le bistouri, est celle qui conduira au foyer de l'abcès par le plus court chemin, dût-on pour cela faire une résection costale et traverser la plèvre, soit en avant, soit en arrière du thorax. Rechercher les abcès du foie par une voie détournée est toujours plus difficile; l'observation I de M. Lafourcade le démontre bien; c'est aussi plus périlleux. En effet, les adhérences du foyer avec la paroi, si elles existent, ne s'étendent pas très loin; on risque donc de ne pas tomber au milieu d'elles si l'on s'éloigne du point culminant de l'abcès, et quelque précaution que l'on prenne, on s'expose bien davantage à contaminer le péritoine.

On m'objectera que le pus est souvent stérile, que le danger, conséquemment, est purement fictif. Mais est-il bien réellement stérile ce pus? Ne contient-il ni toxines, ni microbes, même anaérobies? — Et puis est-il toujours stérile? Enfin, quand vous intervenez, à moins d'avoir, au préalable, fait une ponction aseptique, inoculé, ensemencé et n'avoir obtenu ni accidents, ni cultures, vous ne savez pas si vous trouverez un pus stérile.

La plus élémentaire prudence commande donc, à mon avis, de se comporter toujours comme si le pus doit être infectant; s'il y a un danger réel il sera conjuré; si le danger est illusoire, l'opération n'aura pas moins de chances de succès, loin de là.

Rapport.

Tératome du testicule gauche. Ablation de la tumeur incluse dans l'albuginée en conservant le testicule. Examen histologique, par M. Chevassu, médecin principal de l'armée.

Rapport par M. PICQUÉ.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur le cas qui vous a été communiqué par un de nos collègues très distingué de l'armée, M. le Dr Chevassu. Voici d'abord l'observation *in extenso* :

Le 22 mars 1896, M. le Dr Beltz, médecin en chef de l'hôpital mili-

taire de Versailles, me fait demander pour examiner M. Charles L., âgé de dix-huit ans, habitant Versailles.

Ce jeune homme présente au côté gauche du scrotum une grosseur du volume d'un gros œuf de poule. Elle ne cause aucune douleur, peu de gêne et c'est surtout parce que cette tumeur serait un obstacle à son admission à l'Ecole de Saint-Cyr, qu'il désire en être débarrassé.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, rien à noter dans leurs antécédents, pas de syphilis, n'a qu'un frère plus jeune qui jouit d'une excellente santé.

Antécédents personnels. — Grand, maigre, pâle; malgré son apparence un peu frêle, jouit d'une santé parfaite.

Il n'avait pas encore un an, quand les parents se sont aperçus que le testicule gauche était un peu plus gros que l'autre, mais comme la grosseur était presque insignifiante, ils n'y attachèrent aucune importance.

En 1883, pendant que l'enfant, alors âgé de quatre ans, était soigné pour une bronchite, les parents attirèrent l'attention du médecin sur la grosseur en question, qui avait alors le volume d'une petite noix. A ce moment, des injections d'alcool furent faites à deux ou trois reprises avec la seringue de Pravaz, mais sans résultat.

En 1889, une nouvelle ponction fut pratiquée, il sortit à peu près un verre à liqueur d'un liquide brunâtre.

Depuis cette époque, la tumeur a augmenté de volume, lentement, sans jamais causer ni gêne, ni douleurs. Il n'y aurait jamais eu de période d'accroissement plus rapide, ni de phénomènes inflammatoires. Elle n'a jamais donné lieu à des douleurs spontanées, pas même à des douleurs réveillées par la pression.

État actuel. — Dans le scrotum du côté gauche existe une tumeur ovoïde, du volume d'un gros œuf de poule.

La peau du scrotum présente son aspect normal, en aucun point elle ne présente d'adhérences à la tumeur.

La palpation permet de reconnaître que la tumeur est formée de trois portions superposées de bas en haut, de consistance très différente, mais intimement unies entre elles.

La partie inférieure a le volume et la consistance du testicule, elle est molle, non fluctuante. La pression sur ce segment de la tumeur détermine la douleur spéciale que provoque la compression du testicule.

Le segment moyen, de forme ovoïde, constitue la partie principale de la tumeur, il a le volume d'un petit œuf. La grosse extrémité tournée en bas paraît enchâssée dans le segment inférieur de la tumeur. Sa surface ne présente pas d'inégalité. La fluctuation y est très nette.

Sur l'extrémité supérieure de ce segment moyen, repose la troisième portion de la tumeur. Elle a le volume et la forme d'une châtaigne. Elle est dure, bosselée, de consistance inégale. Certains points présentent une dureté osseuse; d'autres, la consistance du cartilage.

En arrière de la tumeur, et paraissant lui adhérer, on reconnaît à la palpation un cordon allongé dans le sens vertical, qui paraît à sa partie

inférieure se continuer avec le canal déférent. Il n'existe pas de liquide dans la vaginale.

La tumeur est complètement opaque; elle est indolente; même en pressant fortement on ne détermine aucune douleur, excepté au niveau du segment inférieur, où la pression détermine la même douleur que la pression du testicule droit.

L'origine congénitale de la tumeur, son développement très lent, l'absence de transparence, son indolence absolue et surtout l'extrême inégalité de sa consistance, fluctuation des plus nettes du segment moyen, dureté osseuse du segment supérieur, me fait porter le diagnostic de tératome du scrotum.

Restaient à déterminer les rapports du testicule avec la tumeur, question importante au point de vue de l'intervention. Ces rapports semblaient très intimes, car la forme, la consistance, et surtout la douleur provoquée par la pression sur le segment inférieur de la tumeur, semblaient bien montrer qu'il était formé par le testicule, intimement uni au reste de la tumeur.

L'opération, qui avait été ajournée aux vacances de Pâques pour ne pas interrompre les études de ce jeune homme, fut pratiquée le lundi 6 avril dans la salle d'opérations de l'hôpital de Versailles, avec le concours de M. le Dr Bonnet.

Il avait été convenu que la castration serait pratiquée, s'il n'était pas possible d'enlever la tumeur en respectant la glande.

Anesthésie au chloroforme. — Précautions aseptiques d'usage.

Incision de 8 centimètres, sur la face antérieure du scrotum. Après ouverture de la vaginale, qui ne renferme pas de liquide, mais présente quelques adhérences à l'albuginée, je constate que l'épidyme situé à la partie postérieure de la tumeur ne présente aucune altération. La tumeur est nettement incluse dans l'albuginée. Me souvenant des indications formulées par M. le Dr Berger, j'incise l'albuginée et la paroi kystique en avant et à la partie supérieure, point où la fluctuation nette et superficielle permet d'affirmer qu'il n'existe aucun tissu entre l'albuginée et le kyste. Il s'écoule une petite quantité d'un liquide brun foncé. La poche vidée, j'agrandis d'un coup de ciseau l'incision faite à l'albuginée et à la paroi du kyste.

Cela fait, je place quelques pinces pour écarter et fixer les lèvres de la plaie de l'albuginée, et je décortique la tumeur. A la partie moyenne, elle se détache facilement de l'albuginée à laquelle elle est peu adhérente; de même à la partie inférieure où elle est directement en contact avec les éléments glandulaires, refoulés en ce point, où ils forment une sorte de cupule sur laquelle repose le tératome. A la partie supérieure, au niveau de la partie dure, la tumeur est plus adhérente à la face interne de l'albuginée; mais malgré ces adhérences plus intimes la décortication est encore possible.

La tumeur enlevée, j'excise une portion de l'albuginée devenue beaucoup trop vaste. Suture de l'albuginée à la soie. Suture de la peau aux crins de Florence.

Aucune réaction; le septième jour j'enlève les sutures, la réunion est complète. Aucun gonflement du testicule gauche.

Ce jeune homme reprend ses études au lycée à la rentrée de Pâques, douze jours après l'opération.

Un an après l'opération, le testicule gauche présente le même volume et la même consistance que le droit. La pression y détermine la même sensation que sur l'autre testicule. L'opéré n'a jamais ressenti ni gêne, ni douleur. Il ne reste, comme trace de l'opération, qu'une petite induration linéaire à peine perceptible, correspondante à la suture de l'albuginée.

Nous noterons seulement deux points : Chez notre opéré le diagnostic a pu être porté avant l'opération. Le tératome complètement inclus dans l'albuginée a pu être enlevé en conservant un testicule qui paraît normal.

L'examen histologique a été pratiqué par M. le professeur Cornil. Voici la note qu'il a rédigée; onze dessins y sont annexés.

Cette tumeur, ovoïde, de la grosseur d'un petit œuf de poule, est limitée à sa périphérie par une enveloppe fibreuse, très épaisse, qui la circonscrit de toutes parts. Elle est kystique, et contient dans sa grande cavité un liquide roussâtre, qui devait sa couleur à des hématies. La partie supérieure de la tumeur est constituée dans une calotte, qui en forme environ le quart, par une masse solide, creusée elle-même de plusieurs kystes, dont le plus volumineux siège au pôle de l'ovoïde. Cette masse solide renferme aussi divers tissus que l'on peut apprécier par leur couleur et leur consistance spéciale, des îlots cartilagineux, un os bien formé, des vaisseaux assez volumineux; le grand kyste est entouré de kystes plus petits. La grande poche centrale est elle-même plus irrégulière à sa surface, plissée ou présentant des reliefs bruns, que nous étudierons bientôt.

La figure donne une idée d'ensemble de la distribution de ces divers tissus, mais on n'y peut apprécier que leurs caractères les plus grossiers, et il est nécessaire, pour une localisation plus exacte, d'étudier la figure 2, qui est dessinée d'après une coupe totale de la partie solide, dans une autre tranche de la tumeur, à un grossissement faible de 6 diamètres. Sur cette figure, on peut observer la répartition des divers tissus et apprécier leur étendue relative. La membrane externe, épaisse, fibreuse qui enveloppe la tumeur est homogène, et la même partout, de telle sorte qu'elle a pu être séparée facilement du tissu même du testicule, avec conservation complète de la substance tubuleuse du parenchyme testiculaire. Au-dessous de cette enveloppe fibreuse, on trouve une couche épaisse et presque continue de tissu musculaire

à fibres lisses en *l*, *l'*, *l''*, disposées en faisceaux entrecroisés. Ce tissu musculaire lisse est celui qui occupe la plus grande étendue de la masse solide de la tumeur. On trouve dans ces mêmes régions, du tissu cellulo-adipeux *b*, *b'*. Le tissu muqueux est représenté : 1° par les grands kystes *k*, *k*, tapissés d'une couche unique de cellules cylindriques à cils vibratils, remplis de mucus concrété *m*, *m*, et par des kystes plus petits, de même nature et allongés *k'* ; 2° par des glandes acineuses semblables aux glandes salivaires, qui se trouvent surtout en *g*, *g*, *g'*, *g'* ; 3° par une surface papillaire couverte de cellules cylindriques p', où nous avons trouvé des glandes en tube. Les cartilages affectent la forme de lobules entourés de périchondre ; les cellules cartilagineuses y sont souvent calcifiées. Les lobules *c*, *c*, sont au voisinage des kystes muqueux à cellules cylindriques et à cils vibratils, comme le seraient des cartilages bronchiques autour d'une bronche retenant le produit de sa sécrétion ; les deux autres lobules cartilagineux c',o' sont à la base de la masse solide ; autour d'eux, on voit aussi des glandes acineuses et ils sont assez rapprochés de la surface p' papillaire et recouverte de couches d'épithélium cylindrique. Le tissu osseux est représenté par un seul os *o*, situé au milieu de la masse solide, os complet avec son périoste, son canal médullaire rempli de moelle adipeuse, ses canaux de Havers dans la partie compacte et ses lamelles et ses ostéoplastes. Les fibres musculaires striées sont moins répandues que les fibres lisses. On en trouve, cependant, en faisceaux entrecroisés ou sous forme de fibres isolées en *a*. Enfin, pour compléter les tissus de cette tumeur, on rencontre partout des vaisseaux normaux et les vaisseaux sanguins forment parfois des bourgeons semblables à ceux des plexus choroïdes ; pour compléter cette analogie, beaucoup de ces vaisseaux sont calcifiés avec des grains calcaires à couches concentriques comme dans les plexus choroïdes ou le thymus. Il en existe une agglomération en *d*, avec des cellules pigmentées de tissu conjonctif, identiques à celles qu'on trouve dans la choroïde oculaire. Les vaisseaux capillaires sont aussi, par places, dilatés comme dans un angiome, avec des infiltrations sanguines et une pigmentation spéciale des cellules, comme cela existe en plusieurs points, notamment en *r*.

Nous avons donné, d'après la figure 2, l'énumération, la répartition et le siège des divers tissus qui composent cette tumeur. Nous allons maintenant revenir sur les particularités de structure et sur les détails qu'ils présentent.

A. *Tissu fibreux*. — Il forme la gangue générale de la tumeur ; il se condense en fibres épaisses et en lamelles à la surface dont il

constitue l'enveloppe. Par places, à la surface externe de celle-ci, on peut voir des débris de tubes séminifères reconnaissables, qui lui sont restés adhérents. Ce tissu conjonctif devient lâche par places où il est rempli de grosses cellules adipeuses; il entoure les faisceaux de fibres musculaires lisses. Il se tasse autour des lobules de cartilage en couches concentriques pour devenir leur périchondre, et il revêt, autour de l'os, toute la structure du périoste.

C'est ce même tissu qui sert de soutien aux vaisseaux.

Les vaisseaux les plus volumineux, artères et veines, ont des parois épaisses. Ils siègent surtout à la base de la masse solide et en son milieu.

B. *Tissu musculaire lisse.* — Le tissu musculaire lisse est disposé en faisceaux, qui sont vus suivant leur section longitudinale ou transversale. Les fibres sont généralement très longues et assez volumineuses comme le sont, par exemple, à l'état physiologique, celles de l'intestin. Les noyaux en sont assez volumineux; les faisceaux sont de volume variable. Ils sont entourés d'une gangue celluleuse contenant les vaisseaux sanguins. Nous n'avons pas vu de cellules nerveuses ni de ganglions nerveux dans ce tissu.

C. *Tissu musculaire strié.* — Sur la plupart des coupes on trouve quelques faisceaux musculaires striés, qui sont groupés dans la région *a* de la figure 2 ou dans la zone *d*, près des vaisseaux calcifiés que nous étudierons bientôt. Ils sont disposés en une masse compacte de faisceaux disposés sans ordre au milieu de tissu conjonctif, entre-croisés, composés de faisceaux primitifs de moyen volume, bien caractérisés par leur striation transversale et par leur gaine sarcolemmique, contenant des cellules plates. De cette agglomération de faisceaux, il part des faisceaux composés de deux à cinq ou six faisceaux primitifs qui s'en éloignent en différents sens et pénètrent isolément dans des lobules de tissu cellulo-adipeux. Ces fibres musculaires striées sont alors isolées ou réunies par groupes de 4, 5, ou un plus grand nombre, et cheminent au milieu des cellules adipeuses. C'est ce que montre la figure 3 où l'on voit des groupes de fibres striées, coupées les unes en travers ou obliquement, B; les autres longitudinalement, A, D; les unes, du volume normal, mais généralement minces, les autres, tout à fait petites comme la fibre *m*, toutes conservant la striation la plus nette et leurs cellules sarcolemmiques. Ces faisceaux contiennent aussi du tissu conjonctif et des vaisseaux capillaires qui accompagnent les fibres striées.

D. *Cartilages.* — La section des nodules cartilagineux affecte la forme ronde ou ovoïde. Leur périchondre est fibreux, avec des fibres ou des lames conjonctives périphériques concentriques au cartilage. Le cartilage est hyalin, avec des capsules et cellules

aplaties, minces à la périphérie et de grosses capsules dans les parties moyenne et centrale. Il y a là des capsules mères, des capsules filles avec des cellules et des noyaux présentant tous les caractères des tissus cartilagineux hyalin. On trouve parfois dans ce tissu hyalin des capillaires comme dans les cartilages embryonnaires. Dans presque toutes les coupes de ces îlots cartilagineux, on trouve des groupes de capsules incrustées de sels calcaires; c'est surtout dans la partie centrale des lobules que s'observe cette dégénérescence. Elle est marquée dans les lobules *c*, *c*, *c'*, *c'*, de la figure 2 par des teintes d'un violet plus foncé.

E. — L'os unique, que nous avons trouvé dans cette tumeur, s'est très vraisemblablement développé aux dépens d'un lobule cartilagineux, car il montrait encore à sa périphérie des restes de cartilage hyalin en voie de transformation osseuse, ce qui tend à prouver que cette évolution s'était faite lentement. On distingue dans cet os trois parties : le périoste épais fortement coloré en rouge dans la figure 2, le tissu compact *o* semblable à celui de la diaphyse d'un os long avec des canaux de Havers, des systèmes de lamelles orientées autour des canaux de Havers, et des ostéoplastes très caractéristiques. Rien ne manque à ce petit os, car il est creusé d'une cavité médullaire *n* très régulière. La moelle osseuse contenue dans ce canal central est adipeuse, c'est-à-dire déjà ancienne comme formation. Les cellules adipeuses sont entourées régulièrement de cellules médullaires rondes polynucléées. Cette moelle adipeuse est parcourue par des vaisseaux anguins, soutenus par du tissu conjonctif.

F. *Bourgeons vasculaires calcifiés.* — Nous avons indiqué dans la figure 2, en *d*, une région dans laquelle il y avait une grande quantité de vaisseaux et de bourgeonnements vasculaires semblables à ce qu'on observe dans les plexus choroïdiens des ventricules cérébraux. Ces vaisseaux forment souvent des îlots, où ils sont tous rapprochés les uns des autres et unis par du tissu conjonctif à longues fibrilles. Tel est le lobule vasculaire figuré sur une coupe dans la figure 4 dessinée à un grossissement de 120 diamètres et qui ressemble à la section d'un angiome. Les vaisseaux de cette figure étaient pleins de sang. Pour compléter l'analogie de ces vaisseaux avec ceux des plexus choroïdes, nous avons trouvé là une quantité considérable de grains à couches concentriques qui appartiennent à ces vaisseaux, et qui reproduisent le sable fin, dont les plexus choroïdes sont remplis chez quelques sujets. Ces grains à couches concentriques, de grosseur très variable (voyez figure 5), se colorent d'une façon très intense par le carmin, la safranine et l'hématoxyline. Avant la coloration, ils sont très réfringents. Ils font

effervescence avec l'acide chlorhydrique dilué, ce qui établit bien leur nature calcaire. Mais sur les préparations colorées par les réactifs ci-dessus, après l'action de l'acide chlorhydrique, les membranes emboîtées qui les constituent restent bien apparentes et colorées.

La figure 5 montre bien que ces grains à couches concentriques sont une dépendance pure et simple de la paroi des vaisseaux.

G. — Dans la même région, où se trouvent les grains calcaires précédents on rencontre, autour des vaisseaux, des cellules allongées de tissu conjonctif semblables aux cellules conjonctives de la choroïde oculaire. Ces cellules sont colorées en brun tirant sur la couleur de l'ardoise, et on y voit aussi de petites granulations plus foncées. Ces cellules sont renflées en leur milieu, ou à l'une de leurs extrémités par leur noyau, qui est également pigmenté à sa surface, et que par suite on ne distingue pas bien. Elles forment un réseau, qui accompagne un certain nombre de vaisseaux artériels capillaires ou veineux. Lorsque l'on examine un vaisseau vu sur une coupe transversale (fig. 6, M), on distingue sa lumière, la couche de cellules endothéliales et la paroi interne et moyenne qui sont normales. En dehors de la membrane moyenne, dans la couche externe ou adventice, de même que dans le tissu périphérique, apparaissent les cellules pigmentées dirigées concentriquement à la paroi vasculaire. Lorsque le vaisseau est vu en long, le réticulum des cellules pigmentées affecte surtout une disposition longitudinale (L, fig. 6).

H. *Productions épithéliales et glandulaires.* — Nous avons rencontré des produits d'origine épithéliale et glandulaire de diverses espèces.

a) D'abord des kystes de volume variable, des anfractuosités émanant de ces kystes et des fentes kystiques, isolées, tapissées tous de cellules d'épithélium cylindrique à cils vibratils. Tels sont les kystes indiqués en *k*, *k' k'* dans la figure 1, en *k*, *k* dans la figure 2. Les grands kystes étaient remplis d'un mucus, qui avait été coagulé par l'alcool, dans lequel la pièce avait été mise après l'opération. Mais il y avait de plus, le long de la paroi externe, dans des parties éloignées de ces kystes des fentes allongées, presque linéaires, tapissées également de cellules cylindriques, pourvues de cils vibratils très nets.

La zone de cellules cylindriques ne formait partout qu'une seule couche marquée dans la figure 2 par une bordure violette (la pièce avait été colorée par l'éosine et l'hématine).

Elle est représentée à 200 diamètres dans la figure 7. Ces cellules sont tantôt très longues, tantôt cubiques, tantôt un peu aplaties, sur la même coupe et dans le même kyste, mais toujours pourvues

de cils très manifestes et longs, telles sont les longues cellules *a* et les cellules cubiques *b*. Immédiatement en rapport avec les cils vibratils, se voit le mucus, formé de fibrilles, le plus souvent, disposées en réseau ovoïde, ou arrondis et contenant soit une substance amorphe, transparente, soit des boules plus ou moins grosses, sphériques, teintes en jaune par le picro-carmin. Les cellules épithéliales s'implantent sur des fibres de tissu conjonctif, séparées par des cellules aplaties de ce même tissu.

Ces grands kystes muqueux se continuent par places avec des anfractuosités allongées, sortes de prolongements de leur cavité, que nous avons représentées dans la figure 8. On voit en effet, dans cette figure, des cavités allongées, communiquant généralement entre elles et avec le kyste principal, cavités remplies de mucus concrété, tapissées de cellules cylindriques à cils vibratils, et séparées par des tractus de tissu conjonctif. Ces derniers donnent même naissance à des villosités saillantes *c*, *c*.

Les fentes linéaires isolées dont nous avons parlé plus haut, sont plus étroites que les anfractuosités que nous venons de décrire, les cellules cylindriques des parois opposées sont presque au contact, mais les détails de structure sont les mêmes.

Notons en passant que le plus grand kyste était en rapport, à la périphérie, avec plusieurs lobules de cartilage hyalin.

b) Autour du plus grand kyste en *g*, *g* (fig. 2), entre les îlots de cartilage et loin de là, en *g'*, *g'*, près du bord externe de la tumeur, nous avons vu des glandes acineuses avec des tubes excréteurs, souvent transformés en kystes.

Ces glandes ressemblent absolument à des glandes en grappe salivaires ou des canaux respiratoires. Nous en avons représenté une tout à fait typique dans la figure 9. Là en effet, le conduit excréteur c, coupé en bec de flûte en *m*, montre une couche de cellules pavimenteuses et du mucus *n*. Ce canal se continue directement avec des acini *b*, *b'* et tout un bouquet de culs-de-sac, qui sont tapissés d'une seule couche de cellules en tronc de cône claires, muqueuses, tout à fait semblables aux cellules qui sécrètent la salive.

La figure 10 est du même ordre; les culs-de-sac périphériques sont de même nature, mais ils émanent d'une cavité *m* qui n'est autre, que le conduit excréteur dilaté, comme kystique, rempli d'un mucus concrété à couches concentriques. Il s'agit là d'une glande muqueuse ou acineuse dont le conduit excréteur est transformé en un kyste microscopique.

Les deux précédentes figures sont des spécimens très nets de ces formations glandulaires acineuses, mais elles n'en représentent pas tous les aspects observés dans cette tumeur, car elles

présentent des différences de formes assez variées, bien que le type histologique reste constant.

c) Nous avons vu en outre des productions glandulaires précédentes, des glandes en tubes placées sur une portion de la surface de la grande cavité centrale de la tumeur, à la base de la production solide, qui la constitue en *p'*, figure 2. Dans cette région, la surface interne de la grande cavité présente des plis et des papilles, qui sont tapissées par un épithélium à cellules cylindriques, disposées en plusieurs couches et ne possédant pas de cils vibratils. Cette membrane limitante présente des anfractuosités, qui pénètrent dans la tumeur solide et qui sont recouvertes du même épithélium. Parfois entre ces villosités ou papilles, l'épithélium s'enfonce profondément sous forme de tubes en doigt de gant, ou glandes en tubes, que nous avons représentées dans la figure 11.

Les glandes tubulaires sont placées dans un tissu papillaire, contenant une grande quantité de petites cellules rondes : elles ont approximativement les mêmes diamètres longitudinaux, et transversaux que les glandes du gros intestin. La glande *g* possède deux culs-de-sac, les autres g', g' un seul cul-de-sac. Leur épithélium se continue et se confond avec celui de la surface de la muqueuse. On peut être bien sûr qu'il s'agit de glandes et non de simples dépressions papillaires tapissées d'épithélium, car les coupes transversales *o* montrent un cercle complet de cellules d'épithélium cylindrique.

Les caractères des productions épithéliales et glandulaires que nous venons d'exposer, se rapportent donc à trois types bien définis comparables, le premier, à celui des voies respiratoires (trachées, bronches), caractérisé par les cellules cylindriques à cils vibratils, qui aboutit à une grande quantité de mucus enserré dans des kystes plus ou moins volumineux. Le plus grand de ces kystes présente des lobules de cartilage hyalin autour de sa paroi. Le second type est celui des glandes en grappe qui occupent deux sièges principaux : les premières sont placées autour des kystes muqueux précédents, autour des cartilages et entre eux comme des glandes de même nature de la muqueuse laryngienne, trachéale ou bronchique; les secondes sont placées au voisinage de la muqueuse à glandes en tube, qui peut être comparée à un intestin. Ces glandes en grappe représenteraient les analogues des glandes acineuses de l'intestin, comme le sont les glandes pancréatico-duodénales.

I. — La surface de la grande cavité centrale de la tumeur ne présentait nulle part de revêtement épithélial, sauf dans la zone p' (fig. 2), où nous avons trouvé une surface végétante avec des

cellules cylindriques et des glandes en tube. Partout ailleurs, cette surface était dépourvue de cellules épithéliales.

Dans plusieurs endroits de cette surface, on voit des reliefs de couleur brunâtre, représentés en *r*, *r* (fig. 1), en r (fig. 2) de la grosseur d'une petite lentille. Ces petites saillies sont également brunes sur une surface de section. L'examen histologique de ces parties est un peu différent, mais il s'agit là, d'une façon générale, de foyers de congestion avec dilatation et néoformation de vaisseaux et ecchymose, extravasion sanguine entre les faisceaux du tissu conjonctif.

Ainsi, les préparations que nous avons faites de la paroi en *r* (fig. 1), montrent, au niveau de la partie saillante, un tissu conjonctif parcouru par des vaisseaux très dilatés, remplis de sang, à parois minces, répondant à des capillaires ectasiés, vaisseaux qui arrivent la plupart jusqu'à la limite interne de la membrane, où ils forment un plexus serré. Entre ces vaisseaux, on observe des globules rouges épanchés en nappe dans le tissu conjonctif. Dans la plus grande partie de ce tissu, on trouve, de la surface jusqu'à la profondeur de la zone brune, entre les fibres et faisceaux conjonctifs, de grosses cellules granuleuses colorées en jaune dans les préparations non artificiellement colorées, qui restent jaunes dans les préparations teintées par le picro-carmin. Les granulations qui constituent ces gros corps cellulaires sont fixes : les unes sont graisseuses, mais le plus grand nombre, de couleur jaune, nous paraissent appartenir au pigment sanguin, bien qu'elles ne se colorent pas en brun noirâtre par la réaction ferrique. Ces corps granuleux sont de forme ronde ou polyédrique par pression réciproque, car elles sont pressées comme en travées régulières entre les faisceaux fibreux qu'elles écartent. Leur disposition en trabécule, leur forme, leurs dimensions, les rapprochent des cellules hépatiques. Elles possédent toutes un noyau rond ou un peu ovalaire, ce qui complète cette ressemblance. Le noyau se colore mal par le picro-carmin, mais très bien par l'hématine ou par l'hématoxyline. Souvent, ces cellules contiennent deux ou un plus grand nombre de noyaux, jusqu'à cinq et dix dans la même masse de protoplasma granuleux. Ces cellules, grosses ou petites, n'ont pas de membrane enveloppante et leurs bords ne sont pas toujours bien limités. Ce sont les infiltrations sanguines et les cellules pigmentées qui donnent aux îlots que nous décrivons leur coloration brune.

Messieurs, l'observation de notre collègue de l'armée m'a paru assez intéressante pour retenir pendant quelque temps votre attention.

Le premier point très important à noter est le siège intra-testiculaire de ce tératome.

Verneuil, en 1855, avait nettement établi dans un mémoire resté celèbre, que contrairement aux idées habituellement reçues, les inclusions scrotales, avaient leur siège primitif, en dehors du testicule, mais que ces rapports intimes avec la tumeur pouvaient parfois prêter à confusion, et que, en réalité, la pénétration possible du testicule par la tumeur devait être considérée comme un fait constamment et invariablement secondaire.

Cette opinion est depuis restée classique.

Le cas que Pilate, d'Orléans, présenta à cette Société, en 1880, sous la dénomination de kyste dermoïde intra-testiculaire, parut un instant infirmer cette opinion, surtout après le rapport que Nepveu vous présenta, et où il semblait rester dans le doute, en citant trois cas, dont un publié en 1876, par Kalning, dans sa thèse (Dorpat), un antérieur d'Erichsen, de 1852, ainsi que celui de Macewen, en 1878, qui cependant sont sans valeur.

A ce propos, M. Verneuil déclara que le cas même de M. Pilate n'avait pas la valeur, que son auteur lui accordait, parce que si le testicule recouvert de l'albuginée, l'entourait de tous côtés, il manquait au niveau du point d'implantation.

Il ajoutait que l'on était en droit, en 1880 comme en 1855, de dire que l'inclusion intra-testiculaire était à démontrer, et il terminait en disant que la question ne pouvait être tranchée que le jour où l'on rencontrerait une tunique albuginée complète et un kyste dermoïde au milieu du testicule.

Le cas de M. Chevassu, si bien étudié par le professeur Cornil, comble aujourd'hui cette lacune et l'on peut affirmer qu'aujourd'hui nous possédons une observation authentique de tératome intra-testiculaire.

Cette constatation du siège primitivement intra-testiculaire du tératome, a une importance capitale au point de vue pathogénique.

La théorie de l'enclavement, qu'ont défendue avec tant de talent Verneuil et plus récemment Lannelongue, dans son *Traité des kystes*, avait jadis pour les tumeurs du scrotum, soulevé bien des controverses. Les uns avec Cruveilhier et Pigné admettaient qu'il était toujours cutané, les autres avec Velpeau et Ollivier, d'Angers, admettaient qu'il était toujours abdominal et le cas de Projchaska, d'un kyste dermoïde dans un testicule en ectopie abdominale, constituait, en faveur de cette doctrine, un document de premier ordre. Verneuil avait judicieusement admis les deux mécanismes. Il est certain que, sans nier l'enclavement externe, le fait actuel vient à l'appui de son origine abdominale,

origine que Cornil et Ranvier avaient eux-mêmes admis, en s'appuyant sur l'existence du pédicule vasculaire, qui démontrait à leurs yeux que la tumeur et le testicule avaient une origine et un lieu de développement unique.

Le deuxième point important à signaler, est relatif à la constitution du tératome lui-même.

Le fait que nous a communiqué M. Chevassu montre une fois de plus, combien la division que Monod a établie entre les kystes dermoïdes et les inclusions fœtales, si elle peut être justifiée au point de vue macroscopique et clinique, ne l'est plus au point de vue histologique.

A la coupe, la tumeur offre un grand kyste ; mais l'examen de la saillie du pôle supérieur démontre de suite l'existence de tissus élevés en organisation ; faisons remarquer, du reste, que la paroi interne du kyste n'appartenait nullement à celle d'un kyste dermoïde.

La division de Kocher en tératomes simples et complexes est certainement la meilleure, si l'on ne veut toutefois réserver la deuxième variété qu'à un certain nombre de faits assez rares, et qui appartiennent presque à la tératologie. Il existe là comme ailleurs, ainsi que l'a démontré J.-G. Saint-Hilaire, une série ascendante, et qui commence par les kystes, c'est-à-dire les cas les plus simples pour aboutir aux cas tératologiques les plus compliqués et aux monstruosités doubles.

Dans les cas qui confinent à la tératologie et méritent la dénomination de tératome complexe, que lui a imposé Kocher, on peut ranger le cas publié au XVIIe siècle, et rapporté par Verneuil, dans lequel on avait trouvé une boîte cranienne, ainsi que le cas de Labbé et Verneuil, dans lequel il existait un intestin, les cas de Verneuil et de Lang (organes nerveux), ceux de Lang, de Pilate et Verneuil (rudiment du tube digestif), mais le plus souvent ce sont des tératomes simples auxquels on a affaire malgré la complexité et la variété des tissus qu'on y trouve.

Dans le cas bien connu présenté en 1885 à l'Académie de médecine par les professeurs Cornil et Berger, tous les systèmes, sauf les systèmes osseux et cartilagineux, toutes les formations dérivant des divers feuillets du blastoderme y étaient représentées : tous les éléments qui prenaient part à la composition de la tumeur étaient de plus arrivés à un degré relativement élevé d'organisation.

La note si intéressante de M. le professeur Cornil dans le cas de M. Chevassu vous a montré combien sont également variés les tissus de la tumeur.

Fibres musculaires lisses et striées. Tissu muqueux représenté par les grands kystes.

Glandes anciennes, semblables aux glandes salivaires ou aux glandes des canaux respiratoires.

Tissu cartilagineux sous forme de lobules, entouré de périchondre, et situé au voisinage des kystes muqueux à cellules cylindriques et à cils vibratils, comme le seraient des cartilages bronchiques autour d'une bronche. Le système osseux sous la forme d'un os unique, mais complet avec son périoste, son canal médullaire et ses canaux de Havers.

Enfin, le système vasculaire « formant parfois des bourgeons semblables à ceux des plexus choroïdes des ventricules latéraux », et se présentant aussi, sous la forme de vaisseaux calcifiés comme dans les plexus choroïde ou le thymus.

Enfin, M. Cornil signale encore autour des vaisseaux des cellules allongées et pigmentées de tissu conjonctif, semblable aux cellules conjonctives de la choroïde oculaire. En résumé, tissus complexes, organes et rudiments d'organes (appareil pulmonaire), telle est la caractéristique de ce cas intéressant.

Il constitue donc un document important, et qui dans l'histoire des tératomes du testicule, mérite d'être placé à côté du cas de MM. Cornil et Berger auquel il est en grande partie superposable. Aussi, je vous demanderai de décider l'insertion intégrale dans vos bulletins, de l'observation, de la note du professeur Cornil qui y est annexée et des dessins explicatifs.

Messieurs, je serai bref sur la partie clinique. On a de tout temps insisté sur la difficulté du diagnostic, et, l'on ne signale guère que les cas de Velpeau, de Berger et de Le Dentu, dans lesquels le diagnostic à pu être établi d'avance.

Ce diagnostic évidemment n'est pas insurmontable; et M. Chevassu, nous a montré qu'avec de l'expérience clinique, on peut y arriver facilement dans un certain nombre de cas.

Au point de vue du traitement, nous ne pouvons que féliciter notre collègue d'avoir conservé le testicule. Déjà M. Berger, dans son cas, avait pour la première fois et de propos délibéré, enlevé le tératome en respectant le testicule.

Messieurs, je vous propose :

1° De remercier l'auteur de son importante communication;

2° D'insérer intégralement dans vos bulletins l'observation, la note histologique de M. le professeur Cornil, et les dessins qui en facilitent la lecture ;

3° D'inscrire M. Chevassu, déjà connu de vous par de nombreux travaux, dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant matériel de la Société de Chirurgie.

Discussion.

M. Broca. — L'observation de M. Chevassu est, en effet, rare et intéressante; mais quand M. Picqué dit que c'est la première où soit démontrée, malgré l'opinion inverse de Verneuil, l'existence d'un tératome à l'intérieur de l'albuginée, je crois qu'il oublie une observation, que j'ai fait publier en 1893, par Manson, à la Société anatomique. Dans cette pièce, obtenue par castration sur un jeune enfant, il y avait un stroma solide à tissus multiples, des kystes mucoïdes et une poche dermoïde pilifère.

M. Reclus. — Lorsque M. Picqué a parlé de cas nouveau, il n'a voulu parler que de tumeur incluse dans l'albuginée. Car j'ai publié, il y a quelques années, je crois en 1887 (Clinique chirurgicale de la Pitié), un tératome complexe des bourses, avec connexion étroite avec l'albuginée. Toutefois il put être enlevé, sans toucher à la glande.

M. Berger. — Qu'il me soit permis de rappeler que, dans l'observation à laquelle a fait allusion M. Picqué, M. Cornil avait trouvé dans la tumeur que j'avais enlevée, en plus de tractus fibreux et de gros faisceaux de fibres musculaires lisses, un îlot constitué par des ganglions du grand sympathique, des fibres de Remak, de grosses cellules nerveuses. J'avais pu, malgré les étroites connexions, qui unissaient le kyste au testicule, l'extirper sans léser la glande. J'ai pu revoir le malade quelques années après. Son testicule paraissait absolument sain, et avait l'apparence d'un testicule normal.

M. Picqué. — Malgré les recherches que j'ai faites dans les bulletins de la Société anatomique, l'observation de M. Broca m'avait échappé. Je reconnais avec lui que l'observation de M. Chevassu ne peut donc être considérée comme une observation princeps.

M. Broca. — A ma connaissance, il doit exister encore une observation de tératome, analogue à celle de M. Chevassu, dans les bulletins de la Société de médecine de Nancy, observation publiée il y a trois ans environ, par M. Heydenreich.

Présentation de malades.

Luxation sus-épineuse de l'extrémité externe de la clavicule,

par M. PAUL REYNIER.

Messieurs, je vous présente un malade auquel j'ai fait une suture osseuse, pour une variété assez rare de luxation de l'extrémité externe de la clavicule, que j'ai fait connaître dans un mémoire paru dans la *France médicale*, 1877, et sur laquelle je suis heureux d'attirer de nouveau votre attention.

Il s'agit d'un homme qui avait été renversé par une voiture, et qu'on amena dans mon service de Lariboisière, il y deux mois.

A son entrée, je constatais une fracture sous-trochantérienne du fémur gauche, et, de plus, une luxation de l'extrémité externe de la clavicule droite.

Celle-ci s'était portée dans la fosse sus-épineuse et répondait, en arrière de l'acromion, au bord interne de l'épine de l'omoplate.

Par la palpation, il était facile de constater ce déplacement, sur lequel notre attention avait été attirée par la douleur signalée par le malade, et par la gêne des mouvements du bras. Celui-ci, collé contre le tronc, ne pouvait être soulevé qu'avec peine; le malade était dans l'impossibilité de lever l'épaule, et de porter le bras sur la tête.

Il avait, à première vue, l'aspect déjà signalé par Nicaise, pour une luxation de ce genre, d'une luxation de l'épaule. Mais la constatation de la position normale de la tête humérale, faisait immédiatement rechercher une autre lésion.

Quand nous voulûmes réduire cette luxation, et remettre les os en place, nous ne pûmes y arriver. Avec la pression des doigts, en refoulant la clavicule d'arrière en avant, pendant qu'un aide attirait en dehors et en arrière avec l'épaule l'omoplate, on ramenait bien la clavicule en regard de l'acromion, mais la réduction ne se maintenait pas, et la luxation se reproduisait, dès qu'on n'agissait plus sur la clavicule.

C'est dans ces conditions, et connaissant d'ailleurs, pour avoir étudié moi-même cette variété de luxation, son irréductibilité reconnue dans tous les cas, cas de Nicaise, cas de Gillette, que je me résolus à intervenir.

Après avoir endormi le malade, je mis à nu, par une incision, l'extrémité externe de la clavicule, que je trouvai, sous le trapèze, dans la fosse sus-épineuse; le muscle avait été déchiré, et un

faisceau musculaire, situé en avant de la clavicule, s'interposait entre elle et la cavité, où je voulais la réintégrer. L'obstacle à la réduction était donc due à ce faisceau musculaire. Celui-ci sectionné, il me fut alors aisé de ramener la clavicule en face de la surface articulaire de l'acromion.

Je pus alors constater, pendant cette réduction, que les deux ligaments trapézoïde et conoïde étaient complètement rompus.

Les deux surfaces articulaires mises en place, à cause de la rupture de ces ligaments, de la déchirure des fibres musculaires du trapèze, ne restaient pas juxtaposées. Pour les maintenir, je passai un fil d'argent dans l'extrémité de la clavicule, d'une part, d'autre part dans l'acromion. Aujourd'hui, le malade est guéri, et je vous présente le résultat de cette intervention, qui est, je crois, la première en date pour des luxations de cette nature.

Comme vous le verrez, le résultat est parfait. Le malade a retrouvé tous les mouvements de son épaule, et l'os est resté en place.

C'est le troisième cas que j'ai l'occasion d'étudier de cette variété de luxation de l'extrémité externe de la clavicule.

J'ai rapporté les deux premiers dans un mémoire, paru dans la *France médicale*, 1877, l'un avait été recueilli par moi dans le service de M. Gillette, dont j'étais alors l'interne; l'autre provenait du service, de M. Nicaise, et avait été publié dans la *Lancet* par son interne M. Rawlatt.

Ces deux cas étaient identiques à celui dont je vous entretiens aujourd'hui. L'extrémité externe de la clavicule déplacée s'était portée dans la fosse sus-épineuse, en arrière de l'acromion. Dans les deux cas on avait constaté, comme chez mon malade actuel, l'irréductibilité de la luxation ; et les malades non opérés en avaient conservé une gêne des mouvements de l'épaule.

Or, dans le mémoire auquel je fais allusion, j'avais étudié non seulement les symptômes de cette luxation, mais encore son mécanisme.

Par des expériences faites sur le cadavre, j'avais pu constater que cette luxation en arrière, ne pouvait se produire que par le fait de la rupture des deux ligaments trapèzoïde et conoïde.

Or, je suis heureux de l'occasion qui m'a été fournie de constater, sur le vivant, la vérité de ce que j'avais avancé. Sur mon malade, comme je l'ai dit plus haut, les deux ligaments étaient rompus.

Je n'avais toutefois émis sur l'irréductibilité de cette luxation, qu'une hypothèse; cette irréductibilité devait pour moi tenir à une interposition musculaire.

Or, l'opération que j'ai faite a montré en effet que là résidait la

cause de l'irréductibilité; et il devient par suite évident, que ce n'est qu'en intervenant qu'on peut y remédier.

Quant au mécanisme de cette luxation, d'après les trois cas que j'ai vus ou que j'ai eu à analyser, il semble être le suivant :

Cette luxation se produirait dans les chutes, où la partie postérieure du moignon de l'épaule vient porter contre le sol. Il y a, dans ce cas, impulsion : 1° du scapulum en avant par la résistance du sol; 2° de la clavicule en arrière par le poids du corps, et par suite glissement des deux surfaces articulaires l'une sur l'autre, d'avant en arrière pour la clavicule, et d'arrière en avant pour l'acromion.

Dans les deux cas que j'ai observés, l'ecchymose sur la face postérieure du moignon de l'épaule m'a permis de reconstituer ce mécanisme. Par le fait de la violence du choc, les deux ligaments trapézoïdes et conoïdes sont déchirés, et la clavicule passant à travers la boutonnière musculaire du trapèze déchiré, vient se placer dans la fosse sus-épineuse. Telle est cette observation intéressante à cause de la rareté de ces déplacements, et de l'opération à laquelle elle a donné lieu.

Je dois toutefois ajouter que cette suture osseuse a été déjà préconisée pour les luxations sus-acromiales de la clavicule, dont il est difficile de maintenir la réduction : c'est ainsi que je trouve, en 1889, une observation de Wolff et Wirg de luxation sus-acromiale, pour laquelle la suture osseuse a été faite, également avec succès.

M. Poirier. — Je crois avoir, un des premiers, en France, pratiqué cette suture osseuse dans les cas de luxation de la clavicule. J'ai présenté à la Société de chirurgie un malade, auquel j'avais fait cette opération, pour une luxation de l'extrémité externe de la clavicule en arrière, ayant de grande analogie avec celle dont M. Reynier vient de nous donner l'observation.

Ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet guérie par l'emploi des rayons de Rœntgen, suivie de la compression élastique,

par M. E. Kirmisson.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie est un jeune homme de dix-sept ans, entré dans mon service le 14 mai 1897, pour une arthrite tuberculeuse du poignet

gauche, avec développement énorme de fongosités; la circonférence du poignet mesurait 23 centimètres, des fistules multiples existaient, tant sur la face dorsale que sur la face palmaire du poignet. La main était tombante, les doigts inertes. Dès le 15 mai, on commença à soumettre le poignet à l'exposition aux rayons X pendant une dizaine de minutes chaque jour; sous cette influence, il y eut une diminution rapide du volume des fongosités et une cicatrisation complète des fistules de la face dorsale. Le traitement par l'exposition aux rayons X fut continué pendant deux mois et demi, jusqu'à la fin de juillet.

A la fin des vacances, quand je repris mon service, au commencement de décembre, je trouvai le malade très amélioré, mais non encore complètement guéri; je fis alors l'application de la compression élastique avec une bande de caoutchouc; sous cette influence, il s'est produit une guérison rapide. Aujourd'hui, les fistules sont complètement cicatrisées, le volume du poignet est redevenu normal; tous les mouvements sont conservés. C'est là un très beau succès du traitement conservateur, et aucune intervention opératoire n'aurait pu donner un résultat aussi satisfaisant.

M. Michaux. — Comme M. Kirmisson, j'ai eu, à me louer du traitement conservateur dans la tuberculose. Je pourrais vous citer des cas où, rien que par des grattages et des cautérisations, j'ai obtenu d'excellents résultats. J'ai, entre autres, un malade atteint de tuberculose du tarse, dont le pied paraissait dans un état bien désespéré, et cependant, rien qu'en l'immobilisant, en faisant des grattages et des cautérisations, je suis arrivé à lui conserver un pied dans un état très satisfaisant.

Il est bon de citer ces cas, qui montrent ce que, par le traitement conservateur, on peut obtenir même dans des cas d'apparence désespérée.

M. Bazy. — J'ai comme stagiaire, dans mon service, un étudiant, qui, ayant été chez M. Kirmisson, avait été frappé des résultats obtenus par lui, dans les tuberculoses avec les rayons X. Il m'a poussé à les employer. J'ai commencé par une malade atteinte d'arthrite tibio-tarsienne. J'ai mis le membre dans un appareil plâtré, et l'ai soumis aux rayons Rœntgen.

Le résultat n'est pas mauvais, bien qu'encore loin d'être parfait Mais on peut se demander si l'amélioration est due aux rayons X ou à l'immobilisation du membre, qui peut, à elle seule, donner de bons résultats.

M. Lucas-Championnière. — On ne saurait trop appuyer ce que

vient de dire M. Kirmisson, sur les bons résultats qu'on peut obtenir du traitement conservateur. C'est ainsi que j'en ai obtenu avec l'emplâtre de Scott. Mais c'est surtout chez les enfants qu'on réussit. Ceux-ci, en cas de tuberculose, guérissent, il faut bien le dire, par tous les moyens, plus aisément que les adultes. C'est ce que je faisais déjà observer à M. Lannelongue, quand il est venu nous préconiser ici les injections de chlorure de zinc.

Par beaucoup de traitements conservateurs, on a, chez les enfants, de beaux résultats qu'on n'aura pas, encore une fois, chez l'adulte, où la guérison est plus difficile à obtenir.

M. Kirmisson. — C'est dans cet esprit que j'ai pris la parole. Je ne saurais en effet trop répéter, qu'avant de prendre le bistouri, on doit, chez les enfants, longtemps hésiter, et n'y avoir recours qu'à la dernière extrémité.

Résection du pylore,

par M. RICARD.

M. Ricard. — Je présente à la Société une malade de soixante-sept ans, à qui j'ai pratiqué une *pylorectomie* le 20 décembre dernier. Mon but est de faire voir la simplicité extraordinaire des suites opératoires. La courbe thermique que je présente indique une régularité parfaite de la température et du pouls, sans aucune oscillation anormale.

La malade put s'alimenter dès le sixième jour et se lever dans la salle à la fin de la troisième semaine. J'aurai pu la faire venir, il y a quinze jours déjà, tellement son état général était satisfaisant.

Cependant le procédé opératoire que j'ai employé est le procédé primitif de Billroth. C'est dire que j'ai fixé le duodénum à la partie inférieure de la plaie stomacale, rétrécie par une suture faite à la partie supérieure. Ce procédé dit, procédé en raquette, a été délaissé, et on l'a remplacé par plusieurs autres. Pour moi, je pense que tout abouchement duodéno-stomacal est bon si l'on établit la suture d'une façon solide, et parfaitement étanche.

M. Hartmann. — Je crois que l'observation de M. Ricard va, avec celles qui ont été publiées dans ces derniers temps, contribuer à nous amener à pratiquer plus souvent la pylorectomie et la faire dans un certain nombre des cas considérés, à mon avis, à tort en France, comme justiciables de la gastro-entérostomie. Depuis six mois, j'ai eu l'occasion de faire trois gastrectomies; les

trois malades ont parfaitement guéri avec une simplicité de suites opératoires aussi grande que celle de l'opérée de M. Ricard.

Je me sépare de M. Ricard sur un point. Au procédé ancien de Billroth, je préfère celui de Kocher, fermeture complète de la section stomacale, implantation de la section duodénale dans un trou fait à la face postérieure de l'estomac. En parcourant les observations publiées par Billroth et ses élèves, on voit que quelquefois il s'est produit, au niveau de la jonction de la branche longitudinale et du V de l'Y une fissure. Il y a là un point faible. L'habileté de notre collègue nous montre que l'on peut mener à bien l'opération; mais il me paraît plus simple de recourir à un procédé, qui n'expose pas à cet accident. Quelques chirurgiens ont objecté théoriquement que le duodénum, fixe, se laissera difficilement amener au niveau de la face postérieure de l'estomac, c'est vrai; mais la face postérieure de l'estomac, par contre, est mobile et se laisse amener sans difficulté au contact de la section duodénale. Les observations dès aujourd'hui nombreuses d'opérations faites suivant le procédé de Kocher, montrent qu'il n'y a là qu'une objection toute théorique. Aussi jusqu'à nouvel ordre, je reste partisan convaincu de l'excellence du procédé de Kocher pour l'ablation du pylore cancéreux.

M. Ricard. — Je n'ignorais pas les reproches faits au procédé de Billroth, et je connaissais le point faible de la suture à l'embranchement en Y. Mais j'estime que connaissant ce point faible, il est facile à l'opérateur de le consolider en donnant tous ses soins à l'établissement de son surjet en ce point et en le renforçant par des points plus superficiels faciles à établir.

Élections d'associés étrangers.

Sont élus :

MM.	Annandale (d'Edimbourg)	23 voix.
	Julliard (de Genève)	23 —

Élections de correspondants étrangers.

Sont élus :

MM.	Levchine	23 voix.
	Bruns.	23 —
	Girard	23 —
	Botroff	23 —

Le Secrétaire annuel,
P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1898

Présidence de M. Berger

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix, et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et les publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. Monod, et une de M. Tuffier, s'excusant de manquer à la séance;

3° Plusieurs brochures de M. Depage (de Bruxelles);

4° La deuxième édition du *Traité de thérapeutique chirurgicale*, de Forgues et Reclus.

Discussion

Sur les abcès du foie.

M. Walther. — Dans son rapport sur les deux observations de M. Lafourcade, M. Richelot a remis à l'ordre du jour cette question toujours très intéressante de l'étude des abcès du foie. Il a notamment insisté sur les difficultés du diagnostic dans certains cas, sur les indications du mode d'intervention, sur les conditions mêmes de la technique opératoire.

Il est certain que le diagnostic est souvent, au moins au début de l'affection et pendant une bonne partie de son évolution, singulièrement obscur. Tous les auteurs ont insisté sur ce point, et je serais mal venu à reprendre ici d'une façon générale l'étude des éléments de ce diagnostic. Je ne veux que vous apporter les observations de quelques malades que j'ai pu examiner avec soin, que j'ai pu suivre et dont l'histoire semble offrir un intérêt à titre de document.

De ces observations, celles qui sont antérieures à 1895 ont servi de base à un travail que j'avais présenté à la Société de chirurgie en 1895, et sur lequel mon ami M. Ricard a bien voulu

vous faire un rapport, le 15 janvier 1896. Je me permettrai cependant de rapporter ici ces observations restées inédites, parce que je crois l'étude des faits particuliers, montrant les difficultés du diagnostic ou du traitement, plus utile qu'un exposé schématique et forcément théorique.

Dans la plupart des cas que j'ai observés, le diagnostic fait au début avait été : colique hépatique ou congestion hépatique, et ce n'est pas là assurément erreur de diagnostic, puisqu'à la première période une congestion intense du foie témoigne de l'infection de l'organe.

Ce diagnostic de congestion hépatique peut être prolongé jusqu'au moment où le foyer non reconnu s'ouvre spontanément. Voici, par exemple, l'observation d'un malade qui a été soigné pour une congestion du foie jusqu'au jour où une vomique très abondante et l'évacuation du pus dans les garde-robes vinrent témoigner de l'ouverture du foyer, d'une part, dans les bronches, d'autre part, dans l'intestin :

Obs. I. — *Abcès du foie. Ouverture dans les bronches et dans l'intestin. Septicémie. Résection de la 10e côte et ouverture large de l'abcès. Guérison.*

M. X..., âgé de trente-huit ans, revient en France en janvier 1893, après un séjour de six ans au Siam. En 1887, il avait eu une forte dysenterie guérie par un médecin chinois, et, en 1889, une attaque de choléra. Depuis lors, santé excellente.

En quittant Bangkok (le 28 déc. 1892), le malade avait des accès de fièvre qui ne durèrent que peu de jours. A Singapour, il eut une diarrhée violente, quarante selles dans les vingt-quatre heures, qui fut immédiatement arrêtée avec de la chlorodyne; jusqu'à la fin du voyage, constipation opiniâtre, avec vives douleurs à l'anus à chaque garde-robe.

A l'arrivée du malade à Marseille, un médecin reconnut une gastro-entérite avec anémie paludéenne, et prescrivit le régime lacté.

Au mois de mars, les accidents intestinaux ayant augmenté d'intensité, le malade vint à Paris et consulta notre collègue le Dr Brocq, qui fit le diagnostic de dysenterie. Au bout de quinze jours de traitement, par le régime lacté, l'élixir parégorique, etc., la guérison semblait obtenue. A plusieurs reprises, pendant le cours de ce traitement, le Dr Brocq, avait examiné le foie sans rien trouver d'anormal.

M. X... paraissait donc guéri, et partit pour Marseille le 1er avril. Mais, brusquement, dans le train, il ressent une douleur violente dans le côté droit, « sous les côtes », douleur s'irradiant dans les régions voisines et prenant bientôt une telle intensité que le malade ne peut continuer son voyage et doit s'arrêter à Valence. Là, un médecin aussitôt appelé ne constate rien au foie et tâche de calmer la douleur. Mais, ni les

cataplasmes laudanisés, ni les piqûres de morphine ne peuvent faire disparaître cette douleur atroce. Au bout de trois jours, le malade se décide à partir pour Marseille, et là, il est soigné pendant tout le mois d'avril pour une congestion du foie. La douleur d'abord continue devient intermittente : « Généralement, écrit M. X..., le soir vers cinq heures, j'étais pris de fièvre assez faible d'abord, puis plus forte et plus régulière. Vers minuit, je ressentais des douleurs très vives à l'épigastre, et en même temps les douleurs du côté droit reprenaient et duraient une heure ou deux très vives, puis disparaissaient en partie, laissant un point très douloureux par-devant, un peu au-dessous des côtes, et un autre au-dessous de l'omoplate. »

Après un traitement sans résultat, on envoya le malade à Vals, à la fin de mai. Il prend les eaux pendant un mois, reste encore à Vals jusqu'à la fin de juillet, puis ne constatant pas d'amélioration de son état, part pour Paris le 1er août, pour consulter de nouveau M. Brocq.

En montant dans le compartiment du chemin de fer, il fait un effort pour soulever sa valise, et brusquement, sent une écume rougeâtre, nauséabonde, lui venir aux lèvres. Pendant le trajet de Vals à Lyon, il a plusieurs quintes de toux et crache en petite quantité quelque chose qui lui semble être « du fiel ». A Lyon, devant attendre quelques heures pour prendre le train de Paris, il va visiter la ville en voiture. Sous l'influence des cahots, il est pris brusquement de suffocation, et rend à pleines gorgées une énorme quantité de pus d'un brun jaunâtre absolument fétide. Il reste quatre jours à Lyon, où un médecin appelé immédiatement, reconnaît un abcès du foie ouvert dans les bronches. Le 5 août, le malade achève son voyage et arrive à Paris ; le 6 août, il va voir mon ami le Dr Brocq, qui me l'envoie immédiatement.

État actuel. — Amaigrissement extrême, d'autant plus frappant pour le malade qu'il avait jusqu'ici plutôt trop d'embonpoint. Téguments pâles, jaunâtres, terreux ; affaiblissement considérable.

La parole est difficile, haletante, la voix presque éteinte ; dès que le malade s'efforce de parler quelques minutes, il est pris de quintes de toux et rend des crachats purulents.

La peau est chaude et sèche. La température oscille entre 38 et 39°,5 ou 40 degrés.

Les vomiques se répètent chaque jour. Dans la journée, quand le malade se lève et reste assis dans un fauteuil, il n'y a que quelques crachats purulents ; mais dès qu'il se couche, l'évacuation est plus abondante et chaque nuit il rend une demi-cuvette de pus ; ce pus offre tous les caractères habituels des suppurations hépatiques ; il est d'un gris un peu rougeâtre, très épais, visqueux et d'une odeur infecte.

Le malade me dit que, le 4 août, l'évacuation par les bronches ayant été très peu abondante, il a été pris brusquement de coliques et de diarrhée et qu'il a rendu des selles grisâtres, glaireuses et fétides. Depuis lors, il y a de temps à autre une ou deux selles de même nature, moins abondantes, mais toujours précédées de la même douleur.

L'alimentation est très difficile ; depuis le début des douleurs hépatiques le malade a perdu l'appétit et depuis l'apparition des vomiques,

il lui est presque impossible de rien prendre, à cause, dit-il, de l'odeur fétide que lui laissent dans la gorge et dans la bouche le passage des crachats purulents.

L'examen local, facilité par l'extrême maigreur, révèle des signes caractéristiques du siège de l'abcès.

Il n'y a que très peu de voussûre de la partie inférieure du thorax en arrière, mais surtout un élargissement facilement appréciable du 8e espace intercostal, du 9e et du 10e. Toute cette région est le siège d'une matité absolue qui remonte en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, se prolonge un peu moins haut sous l'aisselle et cesse complètement en avant.

Dans toute la zône occupée par la matité, il y a une abolition complète du murmure vésiculaire.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Il est impossible de sentir de la fluctuation au niveau des espaces intercostaux élargis.

La pression y est par contre très nettement douloureuse.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Les jours suivants l'état reste le même; l'évacuation du pus par l'intestin semble alterner avec les vomiques. Le malade éprouve, lorsqu'il n'a pas rendu de pus pendant toute une journée, une sensation de tension avec exacerbation des douleurs dans l'hypocondre et le flanc droits, puis survient une vomique ou une colique suivie de selles fétides.

Le 12 août, M. Hanot voulut bien voir le malade avec moi et confirma l'urgence de l'intervention que j'avais proposée et que le malade acceptait d'ailleurs avec empressement.

Opération, le 14 août (avec l'aide de MM. Raffray et Zuber, internes des hôpitaux). — Malgré la communication du foyer avec les bronches et sur la demande formelle du malade, qui refuse absolument l'anesthésie locale à la cocaïne, on donne du chloroforme avec les plus grandes précautions. L'anesthésie est assez facile, ne provoque pas de vomiques, seulement quelques petites quintes de toux.

Le malade est couché sur le côté gauche, penché en avant.

Incision de 15 centimètres sur le 9e espace intercostal, l'incision commence à 5 travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses. Mise à nu du plan costal.

Ponction exploratrice dans le 9e espace. Aspiration de pus épais, glutineux, rougeâtre.

Résection de 12 centimètres de la 10e côte qui semble mieux placée pour l'évacuation du foyer.

Incision de la paroi en traversant le périoste de la côte réséquée. On ne rencontre qu'une seule couche dure, fibreuse, résultant de la fusion intime des deux feuillets de la plèvre et du diaphragme et la section de cette coque épaisse conduit dans une cavité qui occupe la plus grande partie du lobe droit du foie, car elle a le volume des deux poings au moins. Sa profondeur est de 20 centimètres. Elle est pleine d'un pus épais, grisâtre avec des stries rougeâtres, visqueux, glutineux, absolument identique à celui qui était évacué par les bronches.

Dès que le foyer est largement ouvert, l'air passe des bronches et siffle à l'orifice de la fistule hépatico-bronchique. Cette dernière est très facile à trouver. Elle siège sur la paroi supérieure, à 2 ou 3 centimètres du plan costal, le doigt est appuyé sur cet orifice pendant tout le reste de l'opération pour éviter les quintes de toux et l'anhélation que provoque le passage de l'air par la fistule. Du reste, à partir de ce moment, l'anesthésie, qui n'a jamais été poussée jusqu'à résolution complète, est suspendue définitivement.

Le foyer est nettoyé avec des éponges montées sur de longues pinces. Je n'y fais pas de lavages pour éviter sûrement toute pénétration du liquide dans les bronches. Lorsque toute la cavité est bien nettoyée, ses parois laissent suinter un peu de sang en nappe. Je fais un léger tamponnement avec deux grosses éponges et deux mèches de gaz salolée; deux sutures à la soie sur la partie interne de l'incision. Pansement à la gaze salolée, ouate et bandage de flanelle.

Le pus, examiné par M. Hulot, interne des hôpitaux, contient des *streptocoques*, des *staphylocoques* et deux autres microbes impossibles à différencier, mais pas de bacterium coli.

Du reste, à aucun moment de l'opération, je n'ai pu trouver l'orifice de communication avec l'intestin; il ne passait pas de gaz dans la poche, et le pus n'avait pas l'odeur fécaloïde. La communication se faisait sans doute par un trajet étroit obliquement creusé dans la paroi intestinale, de façon à laisser passer le pus dans l'intestin, mais à empêcher le retour des matières ou des gaz dans la poche.

Suites de l'opération. — Malgré son état de faiblesse extrême, le malade supporte bien l'opération, se réveille assez rapidement.

L'intervention a comme résultats immédiats très frappants :

1° La chute de la température qui, le soir même, est retombée à 37 degrés et oscille les jours suivants entre 36°,5 et 37°,2, sans jamais dépasser ce dernier chiffre;

2° La disparition complète et définitive de la diarrhée, des évacuations purulentes, fétides;

3° La disparition complète aussi des crachats purulents. Le soir de l'opération et pendant les deux jours qui suivent, il persiste encore un peu de toux quinteuse, sans expectoration et provoquant de la douleur au niveau de l'incision;

4° La douleur hépatique si pénible a cessé immédiatement après l'opération. Le premier mot du malade, encore mal réveillé du sommeil anesthésique, a été : « Je ne souffre plus ». Et, depuis, jamais n'a reparu, même atténuée, cette douleur hépatique.

15 *août.* — Pansement. Pas de lavage; nettoyage de la poche avec des éponges montées. Encore une assez grande quantité de pus glutineux. La fistule broncho-hépatique donne lieu à un bruit de clapet à chaque expiration. Tamponnement de la poche avec la gaze au salol.

16 *août.* — Même pansement.

18 *août.* — Pansement. On place dans la cavité deux gros drains avec une mèche de gaze salolée.

19 *août.* — Idem.

21 *août*. — Pansement. Lavage de la cavité à l'eau boriquée pour détacher encore une couche glutineuse adhérente à la paroi.

L'état général est excellent. L'appétit est revenu depuis le lendemain de l'opération, le malade engraisse à vue d'œil.

La poche a diminué beaucoup de profondeur : elle n'a guère que le volume d'une pomme. Ablation des sutures des extrémités de l'incision; bonne réunion.

23 *août*. — Amélioration continue. Le malade se lève.

28 *août*. — La poche n'a plus que les dimensions d'une noix; au-dessus d'elle, et séparée par un large éperon transversal, on voit une très petite cavité, vestige de l'ancienne fistule bronchique. Un drain est placé dans chacune de ces cavités.

2 *septembre*. — Suppression des drains. Tamponnement à la gaze salolée.

4 *septembre*. — Écoulement d'un peu de bile dans le pansement. Sous l'influence du tamponnement, avec suppression des drains, le malade a craché un peu de bile qui a reflué de la cavité dans la fistule bronchique, par conséquent, encore perméable. Je mets alors de la gaze salolée dans la fistule bronchique et un drain dans la cavité hépatique.

La cicatrisation marche très rapidement les jours suivants. La plaie hépatique et la fistule bronchique sont fermées complètement vers le 20 septembre.

Le 30 septembre, la plaie cutanée est entièrement cicatrisée.

30 *septembre*. — L'état général du malade est excellent. Il a repris son embonpoint. Il pesait 55 kilogrammes avant l'opération. Il pèse aujourd'hui 72 kilogrammes. Il n'a plus aucune douleur, aucun trouble digestif.

J'ai revu M. X. plusieurs fois dans le courant de 1894, et pour la dernière fois, en décembre 1894. La guérison s'était maintenue parfaite. L'état général était toujours excellent.

En 1895, M. X... est retourné au Siam où il est resté depuis sans éprouver aucun inconvénient de ce nouveau séjour dans ce pays.

Dans un autre ordre de faits, le foie augmente de volume, une tumeur se dessine, soit à la face supérieure, soit à la face inférieure et peut entraîner, par sa disposition anormale, par la variabilité des signes cliniques, des hésitations quelquefois très justifiées dans la détermination exacte du siège de la suppuration.

Je n'insisterai pas sur la confusion possible entre un gros abcès collecté et un kyste hydatique suppuré. Elle n'a pas, en pratique, grande importance, puisque l'indication est, dans les deux cas, aussi urgente et la technique opératoire la même.

Voici une observation qui montre bien cette impossibilité où peut se trouver le médecin d'établir, d'une façon précise, ce diagnostic différentiel. La malade, qui en est le sujet, était dans le service de notre regretté collègue le Dr Hanot, et, bien qu'elle

vînt des pays chauds, l'absence de tout antécédent d'infection biliaire ou gastro-intestinale fit hésiter M. Hanot, qui me demanda d'opérer la malade avec le diagnostic : abcès du foie ou kyste hydatique suppuré.

Obs. II. — *Abcès de la partie postérieure du foie. Pus stérile. Résection de la 9e côte. Ouverture large de l'abcès. Guérison* (Rédigée d'après les notes de M. Zuber, interne du service).

Esc... (Maria-Josépha), dix-huit ans, négresse. Entrée le 14 octobre 1893, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Hanot. Passée le 17 octobre en chirurgie, salle Cruveilhier, n° 21.

Originaire de Guayaquil, où elle a vécu jusqu'au mois de mai 1893, époque à laquelle elle est venue en France.

On ne trouve dans ses antécédents ni fièvre, ni dysenterie. Elle était sujette aux bronchites et a eu des hémoptysies.

A son arrivée en France, au mois de mai, elle était bien portante. Mais au mois de juin, elle a été prise brusquement d'un violent point de côté à droite, sans frisson ni fièvre. Pas de troubles digestifs, pas de vomissements ni de diarrhée.

Ce point de côté a persisté avec des périodes d'exacerbation, mais sans s'accompagner d'autres troubles qu'un amaigrissement peu accentué avec perte d'appétit.

Elle entre, le 14 octobre, dans le service de M. Hanot qui constate une voussûre du côté droit au point douloureux et de la fièvre (38°,5 dans l'aisselle). M. Hanot porte le diagnostic de kyste hydatique suppuré ou d'abcès du foie, pratique une ponction exploratrice qui donne du pus et fait passer la malade en chirurgie, le 17 octobre.

Etat actuel. — La douleur n'est pas très violente en ce moment. La température est toujours élevée.

La malade tousse, l'expectoration est assez abondante, un peu striée de sang; pas de vomique. On constate, au sommet gauche, des signes de tuberculose au premier degré.

Une voussure très accentuée déforme la région postéro-externe du thorax à droite. Le sommet de cette voussure correspond sur la ligne axillaire postérieure à la 9e côte, et aux deux espaces qui la bordent et sont très notablement élargis. A ce niveau, la pression est très douloureuse et on constate une rénitence qui indique la présence d'un volumineux foyer profond.

La matité remonte en arrière jusqu'à 2 centimètres de l'angle de l'omoplate, sur la ligne axillaire antérieure, jusqu'à la 5e côte. En avant, le foie déborde à peine les fausses côtes et la pression n'est pas douloureuse à ce niveau.

Le murmure vésiculaire est affaibli mais non supprimé dans toute la région de la base du thorax; il n'y a pas de frottements pleuraux.

Opération le 18 octobre. — Chloroformisation. Incision de 15 centimètres sur la 9e côte, au point le plus saillant de la voussûre. Pincement de huit artérioles donnant du sang très clair, rosé, très fluide.

Résection sous-périostée de la côte; en dégageant à la rugine le bord supérieur de la côte, déchirure de la poche qui bombe dans le 8e espace. Incision large de l'espace; évacuation d'environ 500 grammes de pus épais, glutineux, strié de trainées rouges. La résection de la côte est alors achevée.

Lavage de la cavité de l'abcès avec 5 litres d'eau naphtolée. La cavité est grande, régulière, à parois tomenteuses, sans diverticules. On constate, avec le doigt introduit dans le foyer, que la cavité remonte en arrière jusqu'au 6e espace intercostal. Attouchement au thermocautère des lèvres de la plaie cutanée pour arrêter l'écoulement sanguin en nappe qui continue après la ligature des artérioles pincées. L'hémostase assurée, deux gros drains courts sont placés dans la cavité. Pansement à la gaze iodoformée.

19 *octobre*. — La température est tombée à 37°,5. Disparition de la douleur. Excellent état général.

Pansement. — La cavité a déjà diminué de près de moitié; elle n'a plus que 7 centimètres de profondeur.

Les jours suivants, la température reste normale, l'appétit revient et la malade reprend rapidement ses forces.

Le pansement est fait d'abord tous les jours, puis tous les deux jours. Aux premiers pansements, lavages à l'eau naphtolée.

Le 10 novembre, suppression des drains.

La plaie se comble rapidement.

Le 20 novembre, l'orifice des drains est complètement cicatrisé. La malade quitte l'hôpital à la fin de novembre. Elle a été revue à la fin de décembre, son état général était excellent; elle avait repris son embonpoint; la cicatrice était solide et indolore.

L'examen bactériologique du pus pratiqué par M. Macaigue, chef du laboratoire du service, est resté absolument négatif.

La confusion entre l'abcès du foie et la pleurésie purulente est classique lorsque l'abcès, développé à la face convexe et refoulant le diaphragme, se traduit par une matité toujours ascendante et de la toux quinteuse. En pareil cas, l'étude attentive des commémoratifs peut mettre sur la voie du diagnostic. Les résultats fournis par la percussion et l'auscultation ont aussi grande valeur. L'existence d'une matité limitée en haut par une ligne nettement convexe, l'absence de toute lésion pulmonaire, l'intégrité parfaite de respiration au-dessus de cette ligne me paraissent des signes, qui peuvent, sinon permettre d'affirmer une collection sous-diaphragmatique, du moins donner plus de valeur à cette hypothèse.

Je vous citerai l'observation d'un malade qu'un de nos collègues les plus distingués examina avec le soin qu'il apporte toujours dans ses explorations cliniques, et pour lequel il pensa plutôt à une pleurésie purulente enkystée qu'à un abcès du foie, et cependant l'opération montra qu'il s'agissait d'un volumineux

abcès sous-phrénique consécutif à un abcès de la face convexe du foie :

Obs. III. — *Abcès du foie et abcès sous-phrénique. Incision transpleurale. Résection de la 9e côte. Guérison* (Observation rédigée d'après les notes que je dois à l'obligeance de M. le Dr Dive.)

M. X..., âgé de quarante-neuf ans, a eu à l'âge de vingt-cinq ans une première attaque de coliques hépatiques. Plusieurs crises successives espacées, de vingt-cinq à trente-cinq ans. Pendant cette période, plusieurs saisons à Vittel et à Contrexéville, suivies de l'expulsion d'un grand nombre de calculs.

Depuis l'âge de trente-cinq ans, pas de coliques. Saison à Vichy chaque année.

Le 2 novembre 1897, dans la soirée, M. X... ressent des douleurs « qui lui barrent la ceinture ». Il se purge dans la nuit du 2 au 3.

Le 3 novembre, le Dr Dive constate une douleur très vive dans l'hypocondre droit; nausées, urines rares, très chargées, de teinte acajou. Rien d'anormal à la palpation et à la percussion, sauf une exaspération très nette de la douleur au niveau de la vésicule biliaire.

Par le repos, quelques purgatifs et un régime approprié, tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours et, le 21 novembre, le malade peut reprendre son service dans un bureau.

Le 27 novembre, dans l'après-midi, crise très douloureuse qui force le malade à rentrer immédiatement chez lui. Le Dr Dive le trouve dans un état d'agitation et d'anxiété extrêmes, la palpation de toute la région hépatique est très douloureuse. Injections de morphine, administration d'huile d'olive.

Du 28 au 30, teinte subictérique, décoloration des matières fécales. Urines abondantes chargées de pigments biliaires.

Du 30 novembre au 3 décembre, expulsion de six calculs de la grosseur d'une petite aveline.

A partir du 4 décembre, les douleurs se calment mais il persiste une sensation de déchirure au niveau de l'appendice xyphoïde, avec irradiation vers l'épaule droite.

Les jours suivants, bien que la douleur soit moins vive, l'état général est mauvais. Faiblesse extrême, insomnie, oppression très vive. Température montant le soir à 38°,5. A l'auscultation, obscurité du murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du poumon droit avec quelques râles fins. Submatité à la percussion. Toux quinteuse, opiniâtre, avec expectoration muqueuse.

Pendant une dizaine de jours ces signes locaux vont en s'accentuant, en même temps que l'état général s'aggrave. L'application de ventouses sèches puis d'un vésicatoire à la base droite n'amène aucun soulagement.

Hésitant entre une suppuration hépatique ou une pleurésie, le Dr Dive demande l'avis de notre collègue M. Fernet qui examine le malade le 15 décembre, conclut à une pleurésie purulente enkystée et

conseille une ponction exploratrice, puis l'empyème, suivant la nature du liquide retiré.

Le 16, M. Dive fait, avec la seringue de Debove, une ponction dans le 8e espace intercostal et retire 20 grammes, d'un liquide assez épais, de couleur jaune soufre dont l'examen pratiqué par M. Patein, pharmacien de l'hôpital Lariboisière, révèle la richesse en *streptocoques* et en *staphylocoques*, sans donner aucune réaction chimique.

En présence du résultat de l'examen bactériologique, M. Dive me fait appeler le 17 pour voir avec lui le malade et faire au besoin la pleurotomie.

A ce moment les troubles respiratoires ont diminué; la respiration est gênée mais semble surtout altérée dans son rythme par la douleur; le malade est très amaigri, les téguments sont pâles, de teinte terreuse; la température monte chaque soir à 38 degrés ou 38°,5.

Localement la douleur siège à la base du thorax, à droite; elle consiste surtout en une très pénible sensation de tension. Il y a une très légère voussûre de la partie inférieure du thorax avec un peu d'élargissement des derniers espaces intercostaux, à partie du huitième.

A la percussion, la matité est absolue à la base et jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate. Cette matité est très nettement limitée en haut par une courbe à convexité supérieure. Au-dessus, la sonorité est franche, sans zone de submatité.

L'auscultation donne les mêmes résultats : jusqu'à la pointe de l'omoplate, absence complète de murmure vésiculaire; au-dessus, respiration absolument normale.

La pression est douloureuse sur toute la base du thorax et l'hypocondre droit; mais le point le plus douloureux au toucher correspond à la ligne axillaire postérieure à partir du huitième espace.

Le foie déborde les côtes, mais très peu, d'un travers de doigt environ.

Il est certain que dans ces conditions, le diagnostic ne laissait pas que d'être embarrassant entre une pleurésie purulente enkystée et une collection sous-diaphragmatique, hépatique.

Cependant : 1° l'histoire du développement de la maladie, cette crise hépatique si nette s'atténuant sans céder complètement après l'évacuation des calculs biliaires et se continuant sans interruption avec les accidents actuels; 2° l'absence de toute manifestation thoracique au début, la limitation si nette de la collection, cette intégrité, cette pureté de la sonorité à la percussion et du vésiculaire, cette ampliation si régulière du poumon jusqu'au point où, sans aucune transition, une matité complète un silence absolu témoignent de l'obstacle au développement du poumon; 3° la forme de la zone de matité, dessinant sur la base du thorax une sorte de dôme très convexe, venant affleurer à l'angle de l'omoplate, toutes ces raisons me font hésiter à admettre sans restrictions l'hypothèse d'une pleurésie enkystée et m'entraînent, au contraire, au diagnostic probable d'abcès du foie.

En tout cas, aucun accident pressant ne commandant une intervention d'urgence, la paroi thoracique, après désinfection soigneuse, est

pendant vingt-quatre heures maintenue sous un pansement sec aseptique. Le malade est purgé le 18, et le 19 je pratique l'opération avec l'aide du Dr Dive et de mon ami et ancien interne le Dr Beaussenat.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Résection large de la neuvième côte (sur une étendue de 12 centimètres environ).

La côte enlevée, il est facile de s'assurer de l'intégrité de la cavité pleurale. Le feuillet pariétal transparent glisse très nettement sur le plan sous-jacent à chaque inspiration.

A l'incision de ce feuillet pariétal, la cavité pleurale apparaît en effet saine, sans trace d'épanchement. Quelques très fins tractus filamenteux sont étendus entre la plèvre costale et la plèvre diaphragmatique, sans établir d'adhérences suffisantes pour protéger la cavité pleurale.

Je me prépare donc à faire, comme je le pratique toujours, la suture des deux feuillets séreux après avoir incisé la plèvre diaphragmatique. Pour cela je saisis avec une pince de Kocher cette plèvre diaphragmatique en haut et en bas, et entre les deux pinces, j'incise tranversalement la plèvre et les couches superficielles du diaphragme.

Mais l'incision très légère, très superficielle du diaphragme donne immédiatement issue à un flot de pus très fluide, jaunâtre.

Les bords de l'incision diaphragmatique sont bien maintenus appliqués contre l'ouverture thoracique par l'index gauche introduit dans la poche et aidé de pinces placées au fur et à mesure, pour éviter toute inoculation de la cavité pleurale pendant l'évacuation du foyer qui contient environ un litre de pus.

Après nettoyage avec les tampons aseptiques, j'explore soigneusement toute la poche. Elle siège bien immédiatement sous le diaphragme, au-dessus du foie; et suivant la face convexe du foie, le doigt, très profondément, près du bord postérieur, tombe dans une dépression creusée dans le foie lui-même et d'où il ramène un peu de pus plus épais.

Il s'agit donc bien d'un abcès du foie ouvert sous le diaphragme. Je passerai très rapidement sur le reste de l'observation.

Le diaphragme est suturé à la plaie thoracique pour bien protéger la plèvre. Je place deux gros drains, l'un qui va jusque dans l'abcès du foie, l'autre qui assure l'écoulement de l'espace sous-diaphragmatique.

Les suites sont très simples. La cavité se comble rapidement. Mais la fièvre ne tombe pas immédiatement après l'intervention, malgré la désinfection très rapide du foyer. Ce n'est qu'au bout d'une quinzaine de jours que la température axillaire reste constamment au-dessous de 37 degrés.

Le 19 janvier, un mois après l'opération, la plaie est presque complètement cicatrisée; il ne reste plus de la cavité qu'une dépression dans laquelle plonge un drain de 8 centimètres de long environ et qui est progressivement raccourci. L'état général est excellent, le malade a bon appétit et a repris de l'embonpoint.

Une autre observation mérite bien plus particulièrement de retenir votre attention. Elle a trait à un abcès de la face inférieure du foie saillant à la partie postérieure du lobe droit, et simulant

une collection sous-hépatique, une collection rénale ou péri-rénale d'une façon d'autant plus frappante que le côlon transverse non refoulé était facilement reconnaissable à sa zone de sonorité normale entre le foie et la tumeur. Cette observation offre encore d'autres points intéressants sur lesquels j'aurai à revenir à propos de la technique opératoire.

Obs. IV. — *Calculs biliaires. Abcès du foie indépendant de toute infection apparente des voies biliaires. Cholécystotomie. Cathétérisme du canal cholédoque. Suture de la vésicule. Ouverture et drainage de l'abcès du foie. Guérison*. (Rédigée d'après les notes remises par M. Raffray, interne du service, et M. Demantké, interne du service de M. Galliard).

M... (Marie), cinquante-quatre ans, ménagère, entrée le 6 septembre 1893, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Tapret, suppléé par mon ami M. Galliard. Passe en chirurgie, salle Cruveilhier, n° 22, le 18 septembre, dans l'après midi.

Examen le 19 septembre, à la visite.

Antécédents. — Bonne santé habituelle jusqu'à l'âge de trente-neuf ans. A eu deux enfants, le premier à vingt-quatre ans, le second un an plus tard.

Il y a quinze ans, pleurésie et péricardite. Jamais de rhumatisme.

Dix-huit mois plus tard, coliques hépatiques avec ictère, vomissements bilieux. Ces attaques de coliques se sont répétées à plusieurs reprises, presque toutes avec ictère.

Il y a deux ans, cystite très douloureuse avec mictions très fréquentes, urines purulentes, pour laquelle la malade a été soignée à l'hôpital Tenon. La cystite a été traitée et guérie au bout d'un mois environ par les lavages de la vessie. Mais, presque dès le début, la malade a ressenti une douleur dans la région lombaire droite et sur le trajet de l'uretère, douleur qui a toujours persisté depuis, avec des périodes irrégulières d'exacerbation.

Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, on a constaté un état infectieux grave dû à la formation d'un foyer caractérisé par l'augmentation rapide d'une tuméfaction profonde occupant la fosse lombaire et le flanc droit. La température oscille toujours entre 38 degrés le matin et 39 à 40 degrés le soir.

Etat actuel. — Amaigrissement prononcé, facies fatigué, mais pas cachectique; septicémie grave.

La malade accuse surtout une douleur intense dans tout l'hypocondre, le flanc droit et la région lombaire. Le maximum de la douleur spontanée est à la région lombaire; c'est de là que partent les élancements qui s'irradient en avant, en haut et en bas.

La région lombaire droite est déformée par une voussure très nette, surtout appréciable lorsque la malade est assise.

A la palpation, on constate d'abord l'existence au niveau de la vésicule biliaire d'une tumeur du volume d'un œuf, d'une dureté de pierre,

bosselée, irrégulière peu mobile sous la paroi, mais suivant un peu toutefois, pendant l'inspiration, l'abaissement du diaphragme. Cette tumeur est absolument limitée, isolée, indépendante de la volumineuse tumeur profonde. Celle-ci est difficile à sentir nettement par la palpation abdominale seule. Mais l'exploration bimanuelle, une main placée en arrière dans le creux costo-iliaque et l'autre en avant, sous le bord du foie, permet de limiter la tumeur, ou du moins de sentir une masse, régulière, arrondie, tendue et qui donne une sensation de fluctuation très obscure très difficile à percevoir, mais suffisante cependant, pour permettre d'affirmer la présence d'une collection liquide profonde. La tumeur paraît située sous la partie postérieure de la face inférieure du foie, car le bord antérieur du foie déborde à peine les cartilages costaux et au-dessous une zone de sonorité très nette accuse la présence du côlon entre le bord du foie et la tumeur.

Enfin la palpation bimanuelle lombo-abdominale permet de déplacer un peu la tumeur, et d'obtenir assez facilement le signe du ballottement rénal.

Je dois ajouter qu'à aucun moment de l'évolution de l'affection actuelle, la malade n'a eu d'ictère, ni de vomissements.

Les urines sont très troubles et albumineuses.

Dans ces conditions, l'état général, l'élévation de la température, la formation récente de la tumeur dont le volume s'accroît rapidement, comme l'a constaté M. Gaillard depuis l'entrée de la malade dans son service, permettent d'affirmer qu'il s'agit bien d'une collection purulente.

Mais les signes fournis par l'exploration sont-ils suffisants pour indiquer d'une façon précise le siège de cet abcès? J'insiste sur ce point, parce que dès le début ce diagnostic a été très obscur. M. Gaillard constatant l'existence de la tumeur très vraisemblablement constituée par la vésicule biliaire, a pensé à une cholécystite, cholécystite ancienne, calculeuse, avec infection biliaire et abcès du foie indépendant.

Mais d'autre part, la tumeur aujourd'hui volumineuse vient faire saillie en arrière, déforme la région lombaire, occupe toute la fosse lombaire, présente là une certaine mobilité au point de donner la sensation du ballottement rénal, et de plus cette tumeur profonde est séparée du bord antérieur du foie par une zone de sonorité correspondant au côlon transverse. Ces signes nettement constatés à un examen minutieux, me font penser plutôt à une volumineuse pyélonéphrite suppurée, dont l'étiologie du reste est fournie par les antécédents, très explicitement fournis par la malade, de cystite purulente et d'urétéro-pyélite ascendante.

Quoi qu'il en soit, l'état général mauvais, les accidents infectieux graves indiquent une intervention rapide et l'opération est faite d'urgence le matin même.

Opération. — La malade est endormie après désinfection complète, non seulement de la région lombaire, mais de toute la paroi abdominale antérieure.

Dès qu'elle est en résolution, j'explore de nouveau avec soin l'abdo-

men et la région lombaire ; la tumeur est encore plus nettement accessible et la fluctuation plus facile à percevoir ; la main placée à plat sous la région lombaire sent la partie postérieure arrondie et fluctuante de la tumeur; mais cette exploration, rendue plus facile par le relâchement des muscles abdominaux, permet de constater que la tumeur siège haut, monte plus en avant et en haut que le fait d'ordinaire le rein distendu par une collection purulente. C'est là le seul point qui laisse un doute dans le diagnostic. Je conviens donc avec mon ami M. Galliard, qui assiste à l'opération, de procéder de la façon suivante : 1° faire l'incision de néphrotomie et explorer le rein; 2° si la collection ne siège pas dans le rein, mais dans la cavité abdominale, refermer l'incision postérieure et faire la laparotomie.

1° *Exploration du rein.* — Incision de néphrotomie; chemin faisant, 7 ou 8 pinces sont placées sur des artères des couches musculaires. Mise à découvert de la face postérieure du rein. Le rein est un peu gros, mais sa coloration est normale, sa consistance souple et la collection ne siège évidemment pas dans sa cavité. En glissant les doigts sur la face externe du rein, j'arrive au-devant de l'organe et là je sens nettement la tumeur refoulée par une main placée à plat sur la partie abdominale antérieure ; la fluctuation est nette, bien que la poche semble très tendue. La tumeur refoule le rein, mais elle ne semble pas adhérer au péritoine prérénal, car le doigt fait facilement glisser les couches qui le séparent de la surface de la tumeur et celle-ci semble suivre les mouvements du diaphragme. Elle siège donc bien sous la face inférieure du lobe droit du foie.

Toutes les artères saisies par les pinces sont liées, et l'hémostase étant absolue, je fais la suture en trois plans de la paroi abdominale postérieure (muscles, aponévrose, peau), avec de la soie. Un pansement collodionné comprenant une mince couche de coton hydrophile stérilisé est immédiatement appliquée sur les sutures pour les protéger contre toute inoculation.

2° *Laparotomie.* — Bien que la tumeur profonde semble absolument indépendante de la tumeur qui siège en avant au niveau de la vésicule biliaire, je tiens, avant toute autre exploration, à m'assurer de l'état de la vésicule biliaire, à faire la cholécystotomie s'il y a lieu. La paroi abdominale est donc incisée sur une hauteur de 10 centimètres environ, au niveau même de la tumeur, le long du bord externe du muscle grand droit.

La vésicule biliaire est volumineuse, tendue, sans adhérences périphériques. Elle offre, avec une remarquable netteté, l'aspect caractéristique des lésions calculeuses. La paroi, sèche, mince comme une pelure d'oignon, blanchâtre, est tendue sur la masse calculeuse facilement appréciable au toucher et presque visible sous cette mince enveloppe.

On constate de plus que le lobe droit du foie est gros, et sur la face convexe, à deux travers de doigt à droite de la vésicule, on sent une tuméfaction résistante et qui donne au doigt une vague sensation de fluctuation profonde dans une poche très distendue.

La marche à suivre est donc maintenant bien indiquée : 1° faire la

cholécystotomie; 2° ponctionner puis ouvrir largement l'abcès du foie, car la tumeur liquide occupe bien évidemment le lobe droit du foie tout entier.

A. — La cavité péritonéale étant bien protégée par de petites éponges montées, je fais, sur le fond de la vésicule, une incision de 3 centimètres 1/2 environ. La paroi d'une minceur extrême, comme l'indiquait son aspect, est intimement collée, adhérente aux calculs; ceux-ci se présentent en un bloc compact formé de calculs accolés par leurs facettes. En soulevant très doucement avec une pince les lèvres de l'incision, je décolle peu à peu la paroi de la surface des premiers calculs ; les cinq ou six premiers ainsi énucléés, il devient facile, avec des pinces et la curette, de vider complètement la vésicule. Cette évacuation est faite lentement et les calculs périphériques, toujours adhérents à la paroi, sont détachés avec beaucoup de ménagements à cause de la minceur et de la friabilité de la poche.

Le nombre des calculs enlevés est de 45. Ils ont la forme et l'aspect habituels des calculs biliaires à facettes. Les plus volumineux atteignent à peine la grosseur d'une noisette.

La vésicule ne contenait pas une goutte de liquide, ni pus ni boue biliaire. Dès qu'elle est complètement débarrassée de ses calculs, elle revient sur elle-même ; la paroi si mince et si tendue tout à l'heure, reprend son épaisseur et sa vascularisation normales.

La cavité de la vésicule est bien nettoyée avec une petite éponge montée, et je cherche alors à me rendre compte de l'état des voies biliaires, du canal cystique surtout.

Le cathétérisme est pratiqué avec une bougie de gomme n° 8 de la filière Charrière, bien aseptique. La bougie s'engage facilement dans le col de la vésicule et le canal cystique, puis, dans le canal cholédoque qu'elle parcourt dans toute sa hauteur sans rencontrer aucun obstacle.

Les voies biliaires étant absolument libres, la vésicule ne présentant aucune trace d'infection, il est nettement indiqué de la refermer, de faire une « cholécystotomie idéale ».

Mais l'incision de l'abcès du foie devra être placée à deux travers de doigt à peine à droite de la vésicule, et il sera impossible de suturer solidement le foie à la paroi de ce niveau. Je me sers donc de la vésicule elle-même pour fermer à gauche la cavité péritonéale. Trois points de suture en U, à la soie, unissent la paroi gauche de la vésicule à la lèvre gauche de l'incision abdominale, la suture ne comprenant que les couches profondes de cette paroi abdominale (péritoine et aponévrose profonde). Puis, l'incision de la vésicule est elle-même suturée à la soie plate.

B. — Avant de ponctionner le foyer, il est nécessaire de le rendre bien accessible, et, comme la tuméfaction occupe la face convexe du foie, qui déborde à peine les cartilages costaux, je résèque, après l'avoir disséqué de très près, le cartilage de la 10e côte et celui de la 9e, sur une longueur de 6 centimètres environ. Il est alors possible, en écartant bien la lèvre droite de l'incision abdominale, de bien atteindre la tumeur qui est nettement limitée sur la face convexe.

Une suture en U, à la soie, est encore placée sur la lèvre gauche de l'incision abdominale, passant en plein tissu hépatique, de sorte qu'à gauche, la cavité péritonéale est absolument fermée, en bas, par la suture de la vésicule à la paroi, en haut, par la suture du foie lui-même.

Des éponges montées sont glissées sous la lèvre droite de l'incision, entre la paroi et le foie et dans l'angle inférieur de la plaie contre le bord tranchant du foie.

Ponction du foie avec l'aspirateur Dieulafoy, à deux travers de doigt à droite de la vésicule biliaire, au point le plus saillant et le plus tendu. Dès que l'aiguille a pénétré dans le tissu hépatique, le robinet du tube est ouvert de façon à ce que le pus soit aspiré dès que la pointe de l'aiguille aura atteint le foyer. L'aiguille est enfoncée lentement, progressivement, directement d'avant en arrière; à 5 centimètres de profondeur, quelques gouttes de pus arrivent dans l'aspirateur; mais ce pus est épais, glutineux, et l'aiguille trop fine pour évacuer rapidement la poche; elle est immédiatement retirée et remplacée par le plus gros trocart. L'aspiration est facilement continuée et 150 grammes de pus sont retirés; la poche paraît alors complètement évacuée. Pour éviter, autant que possible, l'inoculation du péritoine au moment de l'incision, je fais, avec l'aspirateur, un lavage de la poche avec une solution de sublimé au 2000e, qui est retirée au fur et à mesure; le liquide sort à peu près clair après deux ou trois lavages.

Comme il faut traverser une couche de tissu hépatique de 5 centimètres d'épaisseur, l'incision est faite au thermocautère chauffé au rouge sombre; le couteau est enfoncé contre le trocart laissé en place comme guide. La poche est ouverte verticalement sur une hauteur de 5 centimètres environ. Les bords de l'incision hépatique sont saisis avec de larges pinces à kyste et soutenus par un aide.

Le doigt est alors introduit dans la poche et, au fond de celle-ci, constate l'existence d'un orifice qui donne accès dans une seconde cavité; dès que cet orifice est franchi, il s'écoule encore 200 grammes de pus environ. Cette seconde poche est située en bas et en arrière et constituait la tumeur saillante à la face inférieure du lobe droit que l'on sentait si nettement à la région lombaire.

L'orifice de communication des deux poches est agrandi avec le doigt, le foyer est largement lavé à l'eau naphtolée.

Après une toilette soigneuse des bords de la plaie et du péritoine voisin, le foie est suturé par quatre points en U à la soie plate n° 4, à la lèvre droite de l'incision abdominale et à l'angle inférieur.

Deux gros drains sont placés au fond de la cavité et entourés d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement iodoformé ouaté.

L'opération a duré une heure et quart.

L'examen bactériologique du pus a été fait par M. Macaigne, qui a trouvé : des *streptocoques* en grande quantité, un peu de *bacterium coli* et enfin un *long filament* qui n'a pu être cultivé et dont la nature est indéterminée.

Les suites de l'opération ont été très simples.

Malgré l'état septicémique grave qui semblait imposer un pronostic

très réservé, l'amélioration fut rapide. La température baissa dès le lendemain de l'intervention (37°,6). A partir de ce moment, elle oscilla pendant quatre jours entre 37 et 37°,6, puis resta absolument normale.

La disparition de la douleur avait été immédiate et les forces se relevèrent assez vite.

Localement, l'état de la plaie opératoire fut toujours excellent; la poche hépatique se combla avec une très grande rapidité. La réparation de la plaie superficielle fut plus longue; il y avait là un large orifice à combler.

Voici du reste quelques détails sur l'observation après l'intervention.

Le 20 *septembre*, lendemain de l'opération. Etat général meilleur Température hier soir, 38°,8. Ce matin, 38°,2. La malade ne souffre plus, éprouve un grand soulagement. On refait le pansement qui est traversé

La plaie est en très bon état. J'enlève seulement le pansement iodoformé superficiel sans toucher aux tubes ni aux mèches qui plongent dans la poche. Le soir, température, 37°,6.

21 *septembre*, température, 37°,6. — La malade a eu hier un peu d'agitation; ce matin, elle est encore excitée, parle beaucoup; se plaint d'une saveur désagréable, odeur alliacée de l'haleine. L'agitation paraît donc bien due à un peu d'intoxication iodoformique. J'enlève les mèches de gaze iodoformées et je fais un large lavage de la poche à l'eau naphtolée pour enlever toute trace d'iodoforme. La poche bien nettoyée, je ne laisse que les deux drains sans mèches de gaze. Pansement à la gaze salolée.

Le soir, température, 37°,8.

22 *septembre*. — Température, 37 degrés. Très bon état général, mais langue un peu chargée. Purgatif, 0,50 centigrammes de calomel.

Pansement. La cavité se comble avec une étonnante rapidité. Elle n'admet plus que le doigt et le doigt touche le fond de la poche. Les drains ont été repoussés par le fond. Je supprime un drain. Je laisse un drain court.

Les jours suivants, pansement quotidien au salol; puis pansement tous les deux jours. Pendant une vingtaine de jours, écoulement de bile peu abondant, mais suffisant pour tacher le pansement.

29 *septembre*. — Ablation des sutures de la plaie lombaire. Réunion complète, sauf en un point où un peu de sang à désuni la ligne de suture. Pansement occlusif au stérésol; réunion rapide du point de suture désuni.

La cavité hépatique n'a plus que 5 centimètres de profondeur. La plaie superficielle bourgeonne bien autour de l'orifice hépatique. Les sutures de la vésicule à la paroi sont complètement recouvertes par les bourgeons. Ablation des fils de fixation du foie à la paroi.

A partir de ce moment la plaie superficielle se rétrécit progressivement; le petit trajet fistuleux hépatique se comble peu à peu, mais plus lentement qu'au début. La plaie reste toujours bien aseptique.

La malade se lève au commencement d'octobre; les forces reviennent, l'appétit est bon, la malade commence à reprendre un peu d'embonpoint.

A la fin d'octobre, la perte de substance de la paroi n'a plus que la largeur d'une pièce de deux francs et la réparation se fait toujours lentement. Dans le courant de novembre, comme la cicatrisation n'avance plus, on cherche au milieu des bourgeons les fils de suture de la vésicule à la paroi, et tous ces fils sont enlevés successivement.

A partir de ce moment, la réparation se fait plus vite, la malade reste encore à l'hôpital pour achever de recouvrer ses forces et elle sort à la fin de décembre, complètement guérie, avec une bonne cicatrice solide, non douloureuse.

En somme, bien que j'aie été forcé de laisser exposées les sutures de la cholécystotomie, celles-ci se sont rapidement recouvertes de bourgeons et, si plus tard, il a fallu rechercher et enlever ces fils qui retardaient la cicatrisation, jamais il n'y a eu de désunion de l'incision de la vésicule, jamais la moindre trace d'écoulement de bile par la vésicule, malgré la perméabilité constatée au cours de l'opération, du canal cystique.

Il convient d'ajouter que l'albuminurie constatée avant l'opération était nettement d'origine infectieuse; elle disparut rapidement après l'intervention. Cependant la malade se plaignit encore à plusieurs reprises de quelques douleurs vésicales.

Dans tous ces cas, une tumeur abdominale, des signes de refoulement du poumon indiquaient nettement la présence d'une collection purulente, et la seule difficulté consistait à en déterminer le siège exact.

Dans un autre ordre de faits, l'augmentation de volume du foie n'est pas localisée, tout le foie est gros, l'élévation de la température, la gravité de l'état général témoignent d'une septicémie intense et le soupçon d'un abcès central du foie vient naturellement à l'esprit. Ici, la différenciation entre un abcès localisé, collecté et une suppuration diffuse en petits foyers est fort délicate. Je me suis trouvé aux prises avec cette difficulté chez un malade que j'ai soigné en 1896, à la Charité, dans le service de mon maître, M. le professeur Tillaux, que j'avais l'honneur de remplacer pendant les vacances. En pareil cas, le diagnostic ne peut s'appuyer que sur la gravité toute particulière de l'état général, la rapidité de la marche des accidents, l'état typhique assez caractéristique de l'infection diffuse du foie, enfin sur le résultat négatif des ponctions exploratrices répétées en plusieurs régions à des profondeurs et dans des directions différentes. Encore cette exploration n'entraîne-t-elle pas la certitude, et nous savons combien fréquemment les ponctions peuvent frôler un foyer sans l'ouvrir. Dans son important travail sur les abcès du foie des pays chauds, Zancarol nous cite le fait d'un malade qui subit trente ponctions exploratrices, voire même une laparotomie exploratrice sans qu'on pût trouver un abcès du volume

d'une tête d'enfant, siégeant à la convexité du lobe gauche et qui ne fut reconnu qu'à l'autopsie.

Obs. V. — Chez le malade que j'ai observé, et qui était presque mourant quand il entra à l'hôpital, les ponctions restèrent sans résultat; l'autopsie montra qu'il s'agissait de petits abcès disséminés dans toute l'épaisseur du foie, consécutifs à une infection par le *staphylocoque*. Les voies biliaires s'étaient infectées directement par un abouchement spontané de la vésicule biliaire dans l'intestin grêle (1).

A ces observations j'ajoute les trois suivantes qui, au point de vue du diagnostic, ne présentent aucun intérêt, mais qui me serviront à compléter l'étude de l'étiologie et de la bactériologie des abcès du foie.

Obs. VI. — *Abcès du foie consécutif à une infection par le streptocoque, après une plaie d'un doigt. Incision. Guérison.* (Observation recueillie par M. Baillet, interne des hôpitaux.)

G... (Claude), âgé de soixante et un ans, boucher, entré le 13 juin 1894, à l'hôpital Tenon, salle Seymour.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bonne santé habituelle. Jamais d'autre maladie qu'une sciatique à l'âge de vingt-cinq ans, à la suite de la campagne d'Italie. Hospitalisé alors au Val-de-Grâce, il y resta six semaines et sortit guéri.

Il y a trois mois, le malade s'est fait, avec son couteau de boucher, une plaie à la face dorsale de l'auriculaire gauche, au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Cette blessure, en apparence insignifiante, ne l'inquiéta point, et il continua son travail. Au bout de huit jours, la douleur et la gêne fonctionnelle l'obligèrent à consulter un médecin, qui lui prescrivit des lavages au sublimé et un pansement quotidien à l'iodoforme. Ce traitement, longtemps continué, ne donna aucun résultat; l'impotence fonctionnelle alla en augmentant, la flexion du doigt devint impossible, la tuméfaction s'accrut et un écoulement de pus permanent s'établit par la plaie non cicatrisée.

Jamais aucun signe de lymphangite, jamais d'abcès de la main.

Peu à peu, le malade perdit ses forces et s'amaigrit, ce qu'il attribue à l'inquiétude que lui donnait l'état de son doigt et en même temps à des préoccupations dues à des pertes d'argent.

Enfin, il y a un mois, éclate assez brusquement une crise de douleurs qui est qualifiée de coliques hépatiques par le médecin que fait appeler le malade. Cette crise, qui a duré trois jours, est survenue dix heures après le repas, ne s'est accompagnée d'aucune irradiation douloureuse

(1) Je ne puis que relater ici, très succinctement, ce fait qui trouvera sa place ailleurs; il ne s'agit pas là d'un abcès collecté du foie; l'observation sortirait donc absolument du cadre des abcès que nous étudions dans la discussion actuelle; je ne fais que la signaler à propos du diagnostic.

du côté de l'épaule ou de l'omoplate; elle n'a pas provoqué d'ictère, malgré sa longue durée. On n'a pas recherché la présence de calculs dans les matières fécales.

Cette crise douloureuse, qui ne paraît pas nettement devoir être rapportée à la lithiase biliaire, ne saurait être non plus attribuée à la lithiase rénale. Il n'y eut aucun trouble de la miction et les urines ont toujours présenté des caractères normaux.

Huit jours après cette crise douloureuse unique, la région de l'hypocondre droit devient le siège d'une douleur plus superficielle et bien moins violente, qui est surtout localisée par le malade au niveau du rebord costal droit. Bientôt apparaît immédiatement au-dessous des côtes une tuméfaction sans rougeur de la peau; puis peu après une seconde tumeur se développe près de la ligue médiane, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. On applique un vésicatoire sur chacune de ces tumeurs et comme elles continuent à augmenter, le malade entre à l'hôpital au bout de trois semaines environ.

Etat actuel. — Maigreur extrême; teint terreux.

Auriculaire gauche très volumineux, présentant une fistule dorsale par laquelle la sonde cannelée pénètre directement dans l'articulation de la première phalange avec la seconde; l'articulation est complètement détruite et les extrémités osseuses nécrosées. Par la fistule sort un pus verdâtre, mal lié; pas de décollement dans la paume ni à la face dorsale de la main; pas de lymphangite.

Le foie présente sur la ligne mamelonnaire une hauteur de 16 centimètres; il affleure en haut la 7e côte. Le bord inférieur descend à un travers de doigt au-dessous et à droite de l'ombilic; il remonte ensuite à gauche, passe au niveau de l'ombilic et aboutit à l'extrémité antérieure de la 7e côte gauche.

Les deux tumeurs sont situées l'une contre la ligne médiane, l'autre au-dessous du rebord costal dans le flanc droit.

La tumeur médiane est recouverte par une peau rouge, luisante, tendue. Elle a environ 9 centimètres de hauteur et 8 de largeur; elle commence à 2 cent. 1/2 au-dessous de l'appendice xyphoïde et se termine un peu au-dessus de l'ombilic. La tumeur latérale a 6 centimètres de diamètre vertical et 8 de diamètre horizontal. Elle est située un peu en dehors de la ligne mamelonnaire; en haut, elle affleure le rebord costal; en bas, elle atteint presque le bord tranchant du foie.

Ces deux tumeurs sont nettement fluctuantes et il est facile de constater qu'elles communiquent entre elles par un orifice profond; la fluctuation se transmet de l'une à l'autre avec la plus grande facilité.

Les autres organes sont sains.

Les urines sont normales.

Opération le 16 juin. — Chloroformisation.

Incision verticale de 8 centimètres sur la tumeur médiane. La peau et le tissu cellulaire sont épaissis, infiltrés de sérosité; à l'incision de l'aponévrose, écoulement d'un flot de pus verdâtre, crémeux, épais, un peu glutineux, d'abord pur, puis strié de sang.

L'orifice est obstrué par des tampons pour éviter l'évacuation com-

plète de la poche et faciliter l'incision de l'autre tumeur qui tend à s'affaisser.

Incision verticale de 8 centimètres sur la tumeur latérale; une grande quantité de pus s'écoule alors du foyer par ces deux larges orifices; on fait un lavage à l'eau bouillie pour nettoyer complètement le foyer. Le doigt introduit par l'orifice médian pénètre profondément dans l'intérieur du foie, et on constate que les deux poches communiquent entre elles par un large orifice; de plus, l'exploration pratiquée par l'incision latérale révèle l'existence d'un diverticule de 7 à 8 centimètres de profondeur creusé à droite dans la substance hépatique.

Un gros drain est passé en anse par les deux orifices. Un second drain court est mis dans le diverticule droit. Pansement iodoformé.

Amputation de l'auriculaire; pansement iodoformé sans réunion à cause des lésions de suppuration, étendues autour de l'articulation malade.

Suites très simples. Soulagement immédiat très notable. Amélioration très rapide de l'état général.

Le pansement est refait tous les jours au début, car tous les jours il est souillé de pus. A partir du 6e jour, l'écoulement ayant notablement diminué, le drain en anse est enlevé et on place un drain court dans chaque orifice, et le pansement est fait tous les deux jours.

Le 15e jour, on supprime tout drainage, les deux cavités sont presque comblées; le pansement renouvelé tous les 4 ou 5 jours est à peine souillé d'un liquide séreux, non purulent et sans aucun mélange de bile.

Le 10 juillet, 24e jour, la cicatrisation des deux orifices est complète. L'amputation du doigt n'est pas absolument cicatrisée. Pansement à l'emplâtre d'oxyde de zinc.

Le malade quitte l'hôpital le 16 juillet, complètement guéri. Son état général est excellent; les forces et l'embonpoint ont rapidement reparu. Le foie a repris son volume normal.

L'examen bactériologique a été pratiqué par M. Baillet, interne du service; mon ami M. Netter a bien voulu, de son côté, examiner le pus et faire des cultures et ces deux examens séparés ont donné un résultat identique, à savoir :

1° *Cultures sur gélose et gélatine*	Pus du doigt.	*Streptocoque.* *Staphylocoque doré.*
	Pus du foie .	Colonies pures de *streptocoque.*
2° *Examen sur lamelles colorées*.	Pus du doigt.	*Streptocoques* à longues chaînettes, *diplocoques* et *cocci.*
	Pus du foie .	*Streptocoques* à chaînettes plus courtes, plus un *bacille anaérobie* non retrouvé dans les cultures.

Il s'agit donc bien nettement ici d'une infection par le streptocoque, infection dont nous retrouvons la porte d'entrée dans la

plaie articulaire du doigt et qui s'est manifestée d'abord par l'arthrite suppurée, secondairement par un abcès du foie.

OBS. VII. — *Abcès du foie. Septicémie très avancée. Incision transpleurale de la 10e côte. Amélioration passagère. Mort dix-huit jours après l'opération. Tuberculose. Gangrène pulmonaire. Néphrite interstitielle.*

Sch... (Jean), âgé de trente-deux ans, entré le 10 septembre 1894 à l'hôpital Tenon, salle Gérando. Passe en chirurgie le 12 septembre, salle Seymour, n° 3.

Lorsque je vois le malade, dans le service de mon ami M. Netter, le 12 septembre, tout interrogatoire est impossible à cause de la gravité de l'état général.

Voici les renseignements que me fournit M. Kahn, interne du service de médecine, sur les antécédents du malade, renseignements qui ont été complétés dans l'observation prise par M. Archambault, externe de mon service, dans les jours qui ont suivi l'opération :

Le malade jusque-là très bien portant, a été atteint, il y a cinq ans, au Tonkin, où il était soldat, d'accès de fièvre intermittente, puis d'une dysenterie violente qui dura trois mois. Il se rétablit lentement, conserva toujours une anémie profonde. Il rentra en France, guéri en apparence, mais n'ayant pas recouvré sa santé habituelle.

Au mois de mars dernier, il fut repris d'accidents dysentériques, puis, au bout d'une quinzaine de jours, survint une douleur dans l'hypocondre droit, douleur peu intense, consistant plutôt en une sensation de pesanteur pénible, s'accentuant dans les mouvements d'inspiration. Peu après apparut de la fièvre avec frissons chaque soir, sueurs profuses la nuit. Le malade perdit l'appétit, s'affaiblit rapidement.

Au bout de deux mois, tous ces symptômes s'accentuèrent; la douleur hépatique devint très vive, le ventre augmenta de volume et la peau prit une teinte jaune. Le malade fut à partir de ce moment obligé de garder le lit et l'état général alla constamment en empirant.

Etat actuel. — Le malade est arrivé au dernier degré d'amaigrissement. Il est dans un état de prostration extrême, la voix éteinte, ayant à peine la force d'articuler quelques mots à voix basse. Il se tient couché sur le côté, les jambes repliées, et ne peut se retourner seul.

Le teint est terreux, la langue sèche. La température est abaissée à 35°,4. La respiration est rapide, superficielle, l'anhélation extrême.

En somme, l'état général correspond à une septicémie chronique, arrivée à sa dernière période et la mort paraît imminente.

L'examen de l'abdomen révèle immédiatement l'existence d'une tuméfaction considérable de l'hypocondre droit et de l'épigastre.

Le bord antérieur du foie déborde les fausses côtes de cinq travers de doigts. Le bord inférieur du thorax est lui-même soulevé par une voussure qui atteint son maximum au niveau de la 10e côte sur la partie postéro-latérale du thorax. Les espaces intercostaux voisins (9e et 10e) sont très élargis, et l'exploration révèle à ce niveau une fluctuation profonde très nette.

La respiration à gauche s'entend jusqu'à la base du poumon. A droite, à partir de la 8e côte, il y a abolition complète de murmure vésiculaire, matité absolue.

Cet examen rapide, et qu'on ne peut prolonger du reste, à cause de l'état de faiblesse du malade et de la douleur intolérable qu'il provoque, suffit à affirmer l'existence d'un volumineux abcès du foie, faisant saillie sur la face convexe à la partie postérieure du lobe droit et paraissant le plus superficiel au niveau de la 10e côte.

Dans ces conditions, malgré la gravité de l'état général, malgré les risques de l'anesthésie à cette période ultime de septicémie, avec cet abaissement de température (35°,4). Je suis d'avis, comme mon ami M. Netter, que l'intervention offre la seule chance de salut et que l'incision de l'abcès doit être faite sans tarder.

Le malade est immédiatement transporté dans le service de chirurgie et opéré séance tenante.

Opération. — L'anesthésie à l'éther est pratiquée par M. Archambault, externe du service. L'administration de l'éther est commencée à 11 h. 16; la résolution complète est obtenue à 11 h. 20 (l'anesthésie est arrêtée après l'opération à 11 h. 46; la quantité d'éther employée a été de 110 grammes). Incision de 15 centimètres sur la 10e côte, à partir de l'angle postérieur de la côte. Mise à nu rapide de la côte; dénudation à la rugine de sa face profonde, puis section en arrière à la pince coupante; la côte est alors soulevée sur le doigt et au moment où je me prépare à la sectionner à l'angle externe de la plèvre, elle se décortique d'elle-même du cartilage costal.

La plèvre pariétale ainsi mise à découvert, mais encore doublée du périoste, est incisée à très petits coups, très légèrement, avec le plat du bistouri. Cette précaution n'était pas inutile, car il n'y a pas d'adhérences entre la plèvre pariétale et la plèvre diaphragmatique.

Le doigt d'un aide maintenant la lèvre supérieure de l'incision bien appliquée sur le diaphragme, la plèvre diaphragmatique est elle-même incisée avec une couche du muscle sous-jacent, puis les deux lèvres de cette incision sont libérées sur une largeur de 1 centimètre environ.

Une suture en surjet à la soie fine (avec arrêt tous les deux points) réunit alors les lèvres correspondantes des incisions des feuillets pleuraux.

La cavité pleurale une fois fermée, je fais au bistouri, couche par couche, l'incision de la paroi de la poche hépatique, paroi dense, fibreuse, épaisse de 8 millimètres environ. A l'ouverture de la cavité, écoulement de pus épais, visqueux, glutineux; la cavité est très vaste, régulière, sans diverticules; la quantité de pus recueillie dans des bassins est de 3 litres. Pour bien déterger les parois auxquelles reste adhérente une couche de ce pus visqueux, je fais un lavage à l'eau bouillie.

Deux gros drains sont placés dans la cavité. Pansement à la gaze iodoformée.

L'opération a duré en tout trente minutes; le malade a bien supporté l'anesthésie; le sommeil a été calme; le pouls toujours faible

reste régulier. La dyspnée a diminué aussitôt que la poche a été évacuée.

A son réveil, le malade éprouve un grand soulagement. On lui fait deux piqûres d'éther à cause de l'hypothermie.

Les jours suivants, l'état général s'améliore un peu; la cavité de l'abcès se rétrécit rapidement. On change chaque jour le pansement, qui est fait avec la gaze salolée.

Les urines, examinées tous les deux jours, ne contiennent ni albumine, ni pigments biliaires.

Le 17 septembre, apparaît de la bile dans le pansement, et cet écoulement de bile persiste les jours suivants.

A partir du 20 septembre, une diarrhée assez abondante s'établit et le malade refuse toute alimentation. Il prend à peine de lait. On continue l'administration du benzo-naphtol qui avait été employé depuis l'opération.

Mais la cachexie s'accentue de plus en plus, et le malade succombe le 29 septembre, dix-sept jours après l'intervention.

La température est restée constamment entre 36 degrés et 37 degrés, sauf le 13, où elle est montée à 38 degrés.

A l'autopsie, on trouve la cavité de l'abcès réduite au volume d'un œuf de dinde, entourée d'une zone en substance hépatique sclérosée,

Le *foie* pèse 2,040 grammes et ne contient pas d'autre abcès.

Les deux *poumons* sont farcis de tubercules et présentent quelques foyers de gangrène.

La *rate* pèse 360 grammes et contient des infarctus.

Rein gauche, 270 grammes.

Rein droit, 60 grammes avec la capsule surrénale, 35 grammes seulement dans la capsule. Néphrite interstitielle très avancée.

L'examen du pus de l'abcès et les cultures ont donné des résultats absolument négatifs (Netter-Baillet).

Obs. VIII. — *Abcès du foie consécutif à une dysenterie. Ouverture dans les bronches. Accidents septicémiques très graves. Développement rapide d'un autre abcès antéro-supérieur; laparotomie. Incision de l'abcès. Mort.*

Père R..., missionnaire, âgé de trente-cinq ans, atteint d'une dysenterie rebelle contractée en Afrique, et pour laquelle il a dû rentrer en France. Un abcès de la partie postérieure du foie s'est ouvert dans les bronches au commencement d'octobre 1892.

L'évacuation du pus par les bronches se fait mal et le malade, déjà très affaibli, maigrit encore et se cachectise; au commencement de novembre, le malade est en pleine septicémie, par suite de l'expectoration incessante du pus fétide, gangreneux.

Après une nouvelle poussée violente de douleur hépatique, une tuméfaction apparaît le 18 novembre au-dessous du rebord costal et au creux épigastrique, tuméfaction qui, d'abord très peu accentuée, augmente rapidement en deux jours.

Le 13 novembre, je vois le malade avec le Dr Coffin qui le soignait depuis le début des accidents. L'état général est très mauvais. Amaigris-

sement extrême, teint terreux, langue sèche; toux incessante avec expectoration purulente, fétide. Dyspnée très accentuée, due non seulement à l'évacuation continuelle de pus par les bronches, mais encore au développement rapide de la nouvelle tumeur hépatique.

A l'exploration de l'abdomen, on constate l'existence d'une voussure des deux derniers espaces à droite, et au-dessous du rebord costal, d'une tumeur volumineuse, faisant un relief très net, s'avançant jusqu'au creux épigastrique. Cette tumeur est très tendue, fluctuante. Elle n'est pas adhérente à la paroi, car le foie s'abaisse librement à chaque inspiration.

Malgré la gravité extrême des symptômes généraux, malgré l'état presque désespéré du malade, l'incision de cet abcès, à évolution si rapide, presque foudroyante, s'impose comme la seule chance de salut et est pratiquée le jour même.

Opération (avec l'aide de M. Coffin et de M. Chipault). Chloroformisation. Incision de 10 centimètres, parallèle aux cartilages costaux, sur la partie la plus saillante de la tumeur.

A l'ouverture du péritoine, on aperçoit le foie volumineux, tendu au-dessous du rebord costal et présentant une voussure arrondie nettement fluctuante.

Sous la lèvre supérieure de l'incision existent des adhérences péritonéales à 2 centimètres environ de l'incision, adhérences récentes, souples, mais suffisantes pour s'opposer, de ce côté, à l'effusion du pus dans la cavité péritonéale. En bas, au contraire, il n'y a pas d'adhérences et le foie glisse librement sous la paroi, comme je l'avais constaté avant l'opération.

Pour diminuer la tension de la poche et pouvoir attirer le foie contre la lèvre inférieure de l'incision à laquelle devront le fixer des sutures, je fais d'abord, au centre de la tumeur, une ponction aspiratrice. Des éponges montées, disposées en couronne, protègent contre toute effusion de pus. Après aspiration de 200 grammes de pus, la paroi hépatique détendue, flasque, peut être amenée facilement contre la lèvre inférieure de l'incision. Ell est fixée par une série de larges points en *v* à la grosse soie plate.

L'abcès est alors largement incisé et il s'échappe de la cavité un flot de pus épais, visqueux, glutineux, strié de sang à la fin de l'évacuation. On en recueille 700 grammes environ.

La poche est largement et rapidement lavée à l'eau bouillie; on y met deux gros drains. Pansement iodoformé.

La chloroformisation avait été assez difficile à cause de la toux incessante et de l'expectoration purulente. Au moment où le malade fut réveillé, il eut encore une quinte très violente et très pénible, avec suffocation et expectoration difficile.

Malgré l'évacuation complète de ce gros foyer, la septicémie ne fut pas enrayée, l'état général resta le même, l'oppression alla en augmentant, et le malade mourut le lendemain.

La recherche des conditions étiologiques dans l'étude de ces huit faits donne les résultats suivants :

Dans trois cas (obs. I, VII, VIII), l'abcès du foie était bien manifestement consécutif à la dysenterie. Dans un cas, l'examen du pus n'a pu être fait (VIII) ; dans le second, cet examen est noté absolument négatif (obs. VII); dans le troisième, il a révélé la présence de *streptocoques* et de *staphylocoques* (obs. I). Mais le foyer était ouvert depuis quinze jours dans les bronches.

Dans deux observations, l'étiologie n'a pu être établie. Une des malades (II) était arrivée quelques mois auparavant, il est vrai, des pays chauds, mais jamais n'avait eu aucun trouble gastro-intestinal; l'examen du pus est resté absolument négatif. Chez l'autre malade, il y avait eu depuis longtemps des troubles gastriques (IV), des coliques hépatiques; mais l'exploration des voies biliaires n'a révélé aucune infection appréciable. Le pus dans ce cas contenait des *streptocoques* en grande quantité, du *coli-bacille* et un long filament qui n'a pu être déterminé.

Chez un malade (III), l'abcès hépatique et sous-phrénique était nettement consécutif à une infection biliaire chez un lithiasique. Le pus contenait des *staphylocoques* et des *streptocoques.*

Dans le cas d'abcès disseminés (V), l'infection partait évidemment de l'intestin, par suite de l'abouchement spontané de la vésicule dans le duodénum. Le pus contenait du *staphylocoque.*

Enfin, chez un dernier malade (VI), l'abcès hépatique était nettement la localisation d'une infection générale à *streptocoques*, et l'origine en remontait à l'infection d'une plaie de l'auriculaire gauche avec arthrite suppurée.

Ainsi, dans deux cas seulement sur sept (puisque dans l'observation VIII l'examen n'a pu être fait) le pus était stérile; dans les autres cas, il contenait soit des streptocoques, soit des staphylocoques, soit du coli-bacille. La stérilité du pus de ces abcès est donc loin d'être constante comme on l'a dit il y a quelques années; ici même, où la question a été à plusieurs reprises soulevée, nombre d'observations ont été apportées, qui prouvaient la virulence du pus.

Et la règle, que dans ces diverses discussions vous avez déjà établie, est vraie, à savoir que nous devons tout faire pour nous garantir contre l'effusion du pus, soit dans le péritoine soit dans la plèvre.

Dans toutes les incisions que j'ai faites par la voie transpleurale, soit pour des kystes hydatiques soit pour des abcès du foie, j'ai toujours pratiqué, lorsqu'il n'y avait pas d'adhérences, la suture préventive de la plèvre costale à la plèvre diaphragmatique. Il suffit pour cela, après avoir réséqué la côte et incisé le feuillet

costal de la plèvre, de diviser très légèrement avec le bistouri la plèvre diaphragmatique, avec quelques fibres musculaires sous-jacentes. Rien n'est alors plus facile que de relever les bords de cette incision et par un rapide surjet au catgut de les réunir aux bords correspondants de l'incision de la plèvre costale. La protection de la cavité pleurale est ainsi sûrement et définitivement assurée pendant tout le reste de l'opération, ce qui facilite et abrège notablement ces derniers temps.

Lorsqu'on attaque l'abcès par la laparotomie, toutes les précautions habituelles doivent être soigneusement prises pour garantir le péritoine; l'incision de la paroi doit être assez étendue pour permettre d'agir facilement et rapidement. Au besoin si l'abcès siège haut et si le rebord du thorax est gênant, rien n'est plus facile que de réséquer un ou deux cartilages suivant la méthode que M. Lannelongue a préconisée pour l'évacuation des collections sous-phréniques. Je vous ai rapporté le cas d'une malade que j'ai opérée en 1893 à l'hôpital Saint-Antoine (obs. IV) et chez laquelle j'ai dû faire la résection du bord du thorax. Cette résection peut être faite très rapidement, et ne me paraît pas compliquer beaucoup l'opération. En tout cas, elle donne un accès facile et large sur la face convexe du foie et permet par suite d'abréger les derniers temps de l'opération.

Lorsque la protection du péritoine semble difficile, à cause de la situation du foyer, je recommanderais volontiers le procédé dont je vous ai parlé et que j'ai employé chez la même malade, l'évacuation de la poche à l'aspirateur et le lavage aussi complet que possible de cette poche par plusieurs injections d'eau bouillie ou même de solution faible de sublimé, suivies immédiatement d'aspiration jusqu'à ce que le liquide de lavage ressorte absolument clair. Dans le cas où j'ai fait ce lavage préventif de l'abcès, à cause des difficultés qui résultaient de la situation de l'abcès, je me suis d'autant plus félicité d'avoir ainsi agi que le pus contenait du streptocoque et du coli-bacille.

Après l'ouverture du foyer et la suture de ses bords aux bords de l'incision pariétale, j'ai fait très souvent un grand lavage, soit à l'eau bouillie, soit à l'eau naphtolée faible. Le lavage me semble ici avoir pour avantage de bien déterger les parois de l'abcès du pus visqueux, glutineux, qui reste adhérent à leur surface et surtout de ne pas faire saigner ces parois comme le font les nettoyages avec des tampons, et à plus forte raison le curettage.

Il est bien superflu de dire que l'intervention doit être faite dès que l'abcès est reconnu, et que les résultats sont d'autant plus favorables que l'opération a été plus précoce. Mais si nous ne pouvons toujours intervenir de bonne heure, au moins devons-

nous le faire dans les meilleures conditions, par une incision large et en suivant absolument les règles aujourd'hui classiques de l'ouverture des abcès profonds de la cavité abdominale.

Discussion.

M. G. Marchant. — J'ai été vivement intéressé par la communication de M. Walther, et suis de son avis quand il parle des difficultés du diagnostic. Je voudrais à ce propos rapporter un cas personnel, malheureux, qui n'en est que plus instructif.

Il y a quelques semaines, mon collègue Hippolyte Martin faisait passer dans mon service un homme jeune encore, qui avait des accès de fièvre, et chez lequel on supposait une suppuration du côté du foie.

La courbe de la température présentait de grandes oscillations : 40 degrés le soir, 37°,5 le matin.

A la palpation existait de la douleur dans la région hépatique, et une légère voussure du côté droit.

Je lui fis une laparotomie exploratrice par une incision latérale, avec les deux mains j'explorai le foie, qui semblait augmenté de volume ; il était rouge ; aucun point ne bombait. Difficilement, par mon incision, j'explorai le lobe gauche ; mais mon exploration fut incomplète à cause de la latéralité de mon incision. Ne trouvant rien, je refermai le ventre.

Cependant le malade continua à dépérir. L'exploration des viscères continuée jusqu'à sa fin, ne nous indiqua rien ; et le malade finit par mourir quatre semaines après ma laparotomie.

A l'autopsie, nous avons trouvé un vaste abcès contenant un litre au moins de pus, existant dans le lobe gauche du foie, et qui avait passé inaperçu. Aussi je crois de tirer de ce fait l'enseignement suivant : en cas de doute, on doit faire la laparotomie médiane, et même la ponction exploratrice du foie.

Rapport.

De la rétention d'urine chez les prostatiques et les rétrécis traitée par la ponction hypogastrique et le cysto-drainage. Observation d'un cas de guérison, par M. le Dr Dubrandy (d'Hyères).

Rapport de M. BAZY.

Le Dr Dubrandy (d'Hyères) vous a adressé un petit travail dont je viens de vous donner le titre.

L'observation d'un malade rétréci, auquel le Dr Dubrandy a fait une ponction de la vessie avec un gros trocart courbe, a été, pour notre confrère, l'occasion de considérations, historiques tout d'abord, cliniques ensuite.

Je laisserai de côté l'historique, si vous le voulez bien, pour me borner aux considérations pratiques qui accompagnent la relation du fait et aux conclusions qui la suivent.

Un homme de soixante-quinze ans fut, il y a quelque quarante ans, victime d'un accident. Il tomba, bien malheureusement, sur une planche garnie de clous à pointes saillantes. Il en résulta des plaies du périnée intéressant le canal de l'urètre; ces plaies furent longues à guérir.

Je cite, Messieurs, l'observation, ne me portant nullement garant des récits du malade.

Quoi qu'il en soit, en 1893, le malade vint consulter M. Dubrandy, se plaignant d'uriner difficilement, avec des besoins fréquents, une émission se faisant, au début, goutte à goutte. « Je procédai, dit notre confrère, à un cathétérisme avec des sondes du plus faible numéro jusqu'aux bougies filiformes, sans pouvoir franchir l'obstacle; les sondes et les bougies étaient invariablement arrêtées à 10 et 12 centimètres du méat. L'examen de la prostate permit de reconnaître, d'autre part, qu'elle n'était pas hypertrophiée. »

Il fut institué un traitement médical. Ce n'est cependant que quelques jours plus tard, le 8 mars 1893, que M. Dubrandy fut obligé d'intervenir, le malade n'urinant plus, même goutte à goutte, et l'hypogastre étant ballonné par le globe vésical distendu.

« Il n'y avait plus à hésiter, écrit M. Dubrandy, la ponction était urgente. Je la pratiquai séance tenante avec le gros trocart courbe que j'enfonçai à 5 centimètres au-dessus du pubis. »

« L'évacuation de l'urine eut lieu aussitôt et, la vessie vidée,

une sonde en gomme élastique (à défaut d'une sonde en caoutchouc rouge dont je me trouvais dépourvu à ce moment-là) fut introduite par la canule du trocart et fixée à la paroi abdominale par de l'ouate et du collodion riciné. Des injections boriquées furent pratiquées. »

Au huitième jour, cette sonde en gomme fut remplacée par une sonde en caoutchouc rouge.

Les suites opératoires furent simples; il y eut cependant une abondante production de muco-pus, qui fut combattue par des injections au nitrate d'argent et ensuite au coaltar saponiné.

Au bout d'un mois, l'état général, de mauvais qu'il était, était redevenu bon. M. Dubrandy se demanda alors ce qu'il devait faire, et il agitait la question, après avoir pensé à l'urétrotomie externe sans conducteur, à faire cette urétrotomie externe après cathétérisme rétrograde.

Mais bientôt deux faits devaient lui faire éloigner cette idée : d'une part, le reflux par l'urètre, en jet de plus en plus fort, du liquide injecté par la fistule hypogastrique, véritable cathétérisme rétrograde liquide, dit l'auteur, et, d'autre part, la pusillanimité du malade repoussant obstinément toute nouvelle intervention.

« A vrai dire, ce fut cette dernière considération qui m'amena, dit notre confrère, à pratiquer, presqu'à mon insu, la nouvelle méthode et à porter ainsi à son actif un nouveau succès. »

Cette nouvelle méthode était le cysto-drainage, que M. Dubrandy devait apprendre à connaître par un article de notre confrère le Dr Ch. Rémy, chirurgien de la maison de Nanterre, paru dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, en février 1894, c'est-à-dire près d'un an après.

M. Dubrandy se félicitait d'autant plus de son abstention que, quand il lavait la vessie, le liquide injecté par l'hypogastre refluait de plus en plus facilement par l'urètre, élargissant, dit-il, le canal, de telle sorte que l'émission, à peine appréciable au début, s'accusait de plus en plus, et qu'à la fin du troisième mois, le liquide injecté dans la vessie, par l'hypogastre, sortait à plein jet par l'urètre.

M. Dubrandy croit reconnaître à ce jet liquide rétrograde une action dilatatrice en rapport avec la puissance de projection.

Encouragé par ce résultat, M. Dubrandy essaya de nouveau de passer des bougies dans le canal et ne put réussir.

Le Dr Beau (de Toulon), ancien professeur de clinique chirurgicale aux Ecoles de médecine navale, ne réussit pas davantage et, quoique les plus petites bougies n'aient jamais pu passer, le liquide injecté par la fistule passait très facilement dans l'urètre, et y passait avec un gros jet. Bientôt même, le malade pouvait

uriner par son canal et par le tube vésical, et, à partir de ce moment, il urinait par son tube et par l'urètre.

C'eût été le moment, semble-t-il, de laisser la fistule s'oblitérer; mais le malade n'osait pas, appréhendant le retour de l'accident dont il avait failli être victime, avec la perspective d'une nouvelle ponction. Il aimait mieux garder son urètre de sûreté, car les plus petites bougies n'ont jamais pu passer.

Ce malade qui, au moment où M. Dubrandy a envoyé son observation, se portait très bien, et qui, depuis, est mort d'hémorragie cérébrale, a conservé pendant quatre ans et dix mois, dans sa vessie, un tube hypogastrique, qui ne paraissait pas le gêner : il le retirait tous les jours, le lavait, le replaçait. Il lavait sa vessie tous les jours.

Il fermait son tube avec un fausset, l'ouvrait pour uriner : le jour, il urinait d'habitude par l'urètre, et ne se servait du tube hypogastrique que pour achever de vider sa vessie.

La nuit, c'était par son tube hypogastrique qu'il vidait sa vessie.

Quoique le malade fût bien ennuyé (c'est M. Dubrandy qui parle), de son canal en caoutchouc, il s'est toujours refusé à se laisser enlever le tube.

De cette observation, M. Dubrandy tire les conclusions suivantes :

1° La ponction hypogastrique, dans le traitement d'urgence des rétentions d'urine, est une opération facile ne présentant aucun danger;

2° L'emploi du gros trocart courbe est préférable aux ponctions par le trocart aspirateur;

3° La canule métallique du trocart doit être, aussitôt après l'évacuation de l'urine, remplacée par une sonde en caoutchouc rouge, pouvant pénétrer dans la vessie par la canule;

4° La vessie tolère très bien, et pendant un temps indéterminé, une sonde en caoutchouc rouge, directement introduite après la ponction;

5° Le cysto-drainage, ainsi défini et méthodiquement pratiqué, peut donner d'aussi bons résultats au moins que la cystotomie, et a sur celle-ci l'avantage d'une plus grande simplicité.

Messieurs, je ne saurais accepter, dans leur intrégralité, les conclusions de notre confrère. Ces conclusions me paraissent un peu exagérées; mais elles reçoivent leur explication de la joie qu'il a dû éprouver et que doit éprouver tout médecin qui a le bonheur de tirer son malade d'une situation périlleuse et rapidement menaçante, de lui rendre la santé, et aussi d'avoir pu constater

que le résultat de ses soins s'est prolongé d'une manière presque indéfinie, puisqu'on peut dire que seul un accident a pu en interrompre le cours.

Mais un seul succès ne peut justifier des conclusions aussi absolues.

Tout en félicitant notre confrère de l'heureuse issue de son traitement, qui doit être certainement attribué à l'attention qu'il a dû y apporter, je ne peux m'empêcher d'apporter quelques restrictions, comme nous le verrons tout à l'heure.

L'analyse du travail de M. Dubrandy comporte plusieurs questions.

Tout d'abord, je m'occuperai du rétrécissement; quoique ce point soit secondaire, il m'intéresse et c'est pourquoi je désire appeler l'attention sur lui.

Vous vous rappelez peut-être que je vous ai lu ici (1) une observation de rétrécissement traumatique *tardif* de la portion membraneuse de l'urètre. C'était la première fois que l'on appelait l'attention sur ce point particulier, ainsi que le fait remarquer dans sa thèse le Dr Stéphane Smedowski (Thèse, Lyon 1897). Aussi suis-je curieux de toutes les observations que l'on a publiées depuis. C'est ainsi que j'ai été particulièrement heureux de celles que, quelque temps après mon travail, a fait publier M. Guyon, dans les *Annales des maladies génito-urinaires* (mai 1897, page 503 et suivantes) par son élève le Dr Paul Delbet. Cependant, malgré l'appui que donnait ce travail aux idées que j'avais exprimées ici et qui étaient contraires à ce qui était admis précédemment, j'ai dû passer au crible d'une sévère critique ces observations, et malgré le plaisir que j'aurais eu à les voir se multiplier, j'en ai dû supprimer deux : une, qui n'avait pas un caractère indiscutable d'authenticité, et une autre qui faisait double emploi. Le zèle à défendre sa cause avait emporté l'auteur un peu trop loin.

Eh bien, il en est de même dans le cas qui nous occupe. J'eusse été heureux de pouvoir vous signaler un cas de rétrécissement traumatique tardif de la région périnéale de l'urètre, d'autant plus heureux qu'à ma connaissance du moins, c'eût été le premier cas, puisque jusqu'ici il n'a été question que de rétrécissements membraneux.

Malgré toute ma bonne volonté, je ne trouve pas, dans le cas de M. Dubrandy, des caractères suffisamment probants d'un rétrécissement.

Un rétrécissement traumatique de l'urètre périnéal survenant après quarante ans, peut exister, je n'en disconviens pas : mais

(1) Séance du 23 janvier 1897.

pour en affirmer l'existence, il faudrait des preuves manifestes. J'ai observé, il y a quelques mois, deux cas de rétrécissements traumatiques tardifs de l'urètre périnéal: mais dans ces deux cas le retard dans l'apparition du rétrécissement n'a été que de deux ans. Ces rétrécissements, dont l'observation va être publiée par mon très distingué interne Baron, se sont comportés comme des rétrécissements blennorrhagiques précoces et non comme des rétrécissements blennorrhagiques tardifs, ce qui eût été le cas pour le rétrécissement du malade de M. Dubrandy.

Je vous prie de m'excuser d'avoir tant insisté; si je l'ai fait, c'est en raison de l'intérêt personnel que je prends à ce point de pathologie.

Le point important de la communication de M. Dubrandy réside dans l'établissement d'un méat hypogastrique au moyen d'un trocart, et dans la tolérance d'une vessie pour une sonde placée dans l'orifice hypogastrique.

A vrai dire, cette observation envisagée à ce point de vue ne pourrait être considérée que comme un exemple, ajouté à tant d'autres, de la possibilité d'établir un méat hypogastrique, de la possibilité de le conserver et, si je me bornais à cette simple considération, je ne pourrais qu'approuver M. Dubrandy; mais je me permettrai néanmoins de faire quelques objections à son procédé et à sa manière de l'appliquer.

Tout d'abord, le cysto-drainage est-il une opération si bénigne que veut bien le dire notre confrère? Les faits démontrent le contraire et, malgré l'appui que vient encore de lui fournir le Dr Rochet (de Lyon) en créant une nouvelle instrumentation (1), je ne saurais, sans inquiétude, voir plonger un gros trocart dans la cavité vésicale contenant une urine infectée, gros trocart qui, en se retirant, pourra inoculer la plaie, d'autant plus que ses dimensions sont plus considérables et que les surfaces sur lesquelles il aura frotté seront plus étendues.

Sans partager l'avis exclusif de M. Poncet (de Lyon) sur les dangers de la ponction hypogastrique dans les rétentions d'urine (2) qui ont pu exister dans quelques cas rares, exceptionnels eu égard au nombre des ponctions hypogastriques capillaires qui ont été faites, je ne crois pas devoir approuver l'emploi du gros trocart qui a, du reste, été abandonné par l'immense majorité des chirurgiens.

Pour mon compte, je me souviens d'avoir vu un phlegmon de

(1) M. Rochet. Traitement des prostatiques rétentionnistes, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, n° 1, Janvier 1898, p. 69.
(2) *Mercredi médical*, novembre 1891.

la cavité de Retzins, consécutif à son emploi chez un prostatique qu'on n'avait pas pu sonder.

C'était en 1881, aux environs d'Orléans : je fus appelé pour voir un homme dans un état qu'on m'avait dépeint comme tellement grave, que je jugeais inutile de me déplacer. Sur les instances de la famille, je me rendis auprès du malade que je trouvai en proie à des accidents infectieux locaux et généraux. Je n'insiste pas sur la gravité des accidents généraux : langue sèche rôtie, fièvre, pouls rapide, troubles nerveux, etc.

Quant à l'état local, voici ce que je vis : l'hypogastre œdémateux, tuméfié et rouge, avec, au-dessus du pubis, une espèce d'ulcération d'où s'écoulait du pus et par laquelle sortait la canule du trocart courbe.

Je trouvai, en outre, auprès du malade, un jeune confrère incrédule, qui me demanda presque ce que j'étais venu faire, et si j'avais la prétention de passer là où un vieux chirurgien d'Orléans avait échoué.

Je me rendis compte que le vieux chirurgien d'Orléans avait fait une fausse route dans le cul-de-sac du bulbe et, cela étant acquis, je n'eus pas de peine à l'éviter et à pénétrer dans la vessie, au grand étonnement de mon confrère.

Je retirai le trocart courbe de la plaie abdominale et, comme l'ulcération, au milieu de laquelle il se trouvait, me paraissait suffisante pour assurer la sortie du pus et éviter un débridement, je m'abstins de toute intervention de ce côté.

Je fixai la sonde à demeure et, dans ce cas, comme dans bien d'autres, je pus m'assurer, le malade ayant très bien guéri, que le drainage, par la voie naturelle, est au moins égal au drainage par l'hypogastre.

Indépendamment du danger du phlegmon pré-vésical, la ponction avec le gros trocart peut offrir un danger plus grand dans les cas de blessure du péritoine, danger qui ne paraît pas exister à un aussi haut degré avec le trocart capillaire.

Ce péritoine a dû être traversé plus d'une fois et sans dommage aucun, par le trocart capillaire, alors qu'on ne tenait pas un compte aussi grand que maintenant des anomalies dans lesquelles le péritoine descend jusqu'au voisinage du pubis, et Rollet (1) en publiant un cas où il a pu vérifier, en faisant la taille hypogastrique après une ponction capillaire, que l'aiguille avait traversé le péritoine sans avoir déterminé de péritonite, Rollet, dis-je, fournit ainsi un argument en faveur de l'innocuité

(1) De l'adhérence du péritoine à la symphyse du pubis sur un cas de ponction capillaire de la vessie. Rollet (Lyon médical, 11 janvier 1894).

de cette ponction, quoiqu'il veuille démontrer le contraire. Cette innocuité n'existerait probablement pas avec un gros trocart.

Un autre point, sur lequel je ne puis être d'accord avec M. Dubrandy, c'est le choix de l'endroit où il a fait sa ponction. Il nous a dit qu'il l'avait faite à 5 centimètres du pubis.

A cette hauteur là, on risquerait souvent de léser le péritoine. Tous les auteurs, Richet, Sappey, Tillaux, etc., qui ont étudié la disposition du péritoine, en avant de la vessie, sont d'accord pour admettre que si, dans l'état de distension de la vessie, le péritoine peut remonter à plus de 5 centimètres au-dessus du pubis, néanmoins, dans un bon nombre de cas, il peut rester au-dessous.

Dans les tailles déjà nombreuses que j'ai eu l'occasion de pratiquer, j'ai eu la sensation que le péritoine était beaucoup plus bas situé. Je dois dire que je ne distends jamais la vessie : bien loin de là.

Pour me résumer, la ponction de la vessie avec le gros trocart, et surtout à une distance aussi grande du pubis, ne me paraît pas une manœuvre bien recommandable.

A cette opération, puisqu'elle doit avoir pour conséquence l'établissement d'un méat temporaire ou permanent, je préférerais certainement, si tout à fait exceptionnellement j'avais à le faire, une opération plus régulière, plus chirurgicale, moins aveugle, moins périlleuse. Je veux parler de l'incision hypogastrique.

Je ne peux pas accepter contre cette opération régulière, simple, l'objection que lui fait M. Dubrandy, à savoir qu'elle est beaucoup plus compliquée, douloureuse, etc.

Grâce à la cocaïne, elle peut être indolente : grâce à la distension de la vessie, elle ressemble presque à une ouverture d'abcès, et peut presque être faite sans aide.

C'est même cette trop grande facilité, comparée à la difficulté relative du cathétérisme chez les prostatiques que j'ai invoqué autrefois ici même (Du méat hypogastrique chez les prostatiques), pour expliquer le succès qu'a eu et qu'aura peut-être auprès de certains praticiens la cystotomie, à l'encontre du cathétérisme, l'évacuation de la vessie par une boutonnière au lieu de l'évacuation par les voies naturelles.

J'ai fait la taille hypogastrique à la cocaïne et je dois dire qu'elle est aussi simple que possible. C'est pourquoi j'estime que, à facilité presque égale, il vaut mieux une opération réglée, régulière, comme l'incision, plutôt qu'une opération aveugle, comme la ponction avec le gros trocart. Ces réserves faites, et l'opération faite par M. Dubrandy ayant pleinement réussi, à la grande satisfaction et du malade et de son chirurgien, il n'en est pas moins agréable de constater la longue survie de cet opéré qui a

porté pendant quatre ans et dix mois une sonde hypogastrique et qui est mort d'hémorragie cérébrale.

Quand nous avons discuté ici la question du méat hypogastrique, j'avais cité le fait d'un jeune homme qui avait porté cette sonde hypogastrique pendant trois ans. La tolérance de la vessie pour les sondes est bien démontrée, et non seulement pour les sondes passant par une voie artificielle, mais aussi pour les sondes passant par la voie naturelle.

Cette situation est-elle la meilleure pour le malade, et est-elle de nature à ne pas lui faire désirer une autre solution? Assurément non; c'est un pis-aller, et si le malade de M. Dubrandy a accepté sa position, ce n'est pas qu'il la trouvât parfaite; s'il n'a pas voulu un moment se séparer de son canal de sûreté, comme il l'appelait, ce n'est pas parce qu'il le préférait à tout autre, mais c'est parce qu'il redoutait le retour de la rétention et les conséquences qu'elle avait eu une première fois.

Il est possible que, si on eût pu lui passer une sonde, il eut mieux aimé avoir à se servir de la sonde pour uriner, plutôt que d'être comme « une barrique en perce » suivant l'expression d'un malade que j'ai observé. Celui-là non plus, la première fois que je l'ai vu, ne voulait pas qu'on touchât à son méat hypogastrique, mais quand je lui ai démontré qu'il pourrait s'en passer, il n'a pas eu l'ingrat! assez d'imprécations contre une opération qui lui avait sauvé la vie.

Malgré les objections que j'ai cru devoir faire au travail de M. Dubrandy, il n'en restera pas moins comme un document intéressant, prouvant que dans certaines conditions déterminés l'obstruction de l'urètre par une cause quelconque ne doit pas être considérée comme un arrêt de mort et qu'une dérivation au cours des urines peut être longtemps continuée pour le plus grand soulagement de l'opéré.

En terminant, comme j'ai résumé les parties importantes du travail de M. Dubrandy, je vous prie de le déposer dans nos Archives et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. P. Reynier. — Je prends la parole pour appuyer les conclusions de M. Bazy. L'opération de M. Dubrandy me paraît fort peu recommandable.

Si, en cas de nécessité, en présence d'une rétention d'urine chez un rétréci, n'ayant pas ce qu'il faut pour une intervention, on est autorisé, dans quelque cas, à avoir recours à la ponction vésicale;

on ne doit se servir que d'une aiguille fine. Comme l'a fait remarquer M. Bazy, l'usage du trocart présente des dangers sur lesquels je n'insiste pas plus longuement. Mais, en dehors de ces cas d'urgence, ce n'est pas par la voie hypogastrique qu'on doit intervenir, mais par les voies naturelles pour rétablir le cours de l'urine. Avant de penser à une cystotomie, il est préférable pour le malade de faire une uréthrotomie externe sans conducteur, qui permettra d'introduire une sonde dans la vessie et la vider. Le malade, après cette intervention, sera dans des conditions bien autres que celui, auquel on aura pratiqué un méat hypogastrique.

J'ai encore, dans mon service, un malade auquel, en Allemagne, pour un rétrécissement infranchissable, on a pratiqué une cystotomie. A l'heure actuelle, sa vessie est sclérosée et rétractée, et il nous a été impossible, à M. Beurnier, qui me remplaçait, et à moi, d'arriver à fermer cette vessie et de supprimer ce méat, qui est une infirmité épouvantable pour cet homme encore jeune.

Je proteste donc contre l'intervention hypogastrique chez les rétrécis, dont la vessie a encore sa tonicité, et qui n'offrent pas ces lésions trophiques, qui, chez les prostatiques, peuvent autoriser à avoir recours, dans quelques cas, au drainage suspubien.

Communication.

Uretéro-anastomose,

par MM. PAUL REYNIER et PAULESCO.

Messieurs, au mois de juillet dernier, je vous ai présenté, en mon nom et au nom de M. le Dr Paulesco, deux chiens sur lesquels nous avions réussi, après section transversale complète, la suture muqueuse contre muqueuse des deux bouts sectionnés, du canal cholédoque chez l'un, de l'uretère chez l'autre.

Aujourd'hui nous vous présentons un troisième chien, auquel nous avons fait, avec un égal succès, la même opération sur l'uretère.

En même temps, j'apporte l'uretère et le canal cholédoque des deux premiers chiens autopsiés.

Nous avons pu ainsi vérifier la réunion et la perméabilité des conduits que nous avions suturés.

Vous pourrez vous rendre compte par vous-même de cette réunion. Il est d'ailleurs bon de faire remarquer que, pour le chien, dont l'uretère avait été sectionné et restauré, il n'y avait pas, à l'autopsie, de dilatation du bassinet, ni d'hydro ou de pyoné-

phrose; nous avons eu ainsi la preuve physiologique de la réussite de notre opération.

Ces faits sont intéressants à signaler, car, si on se rapporte à ce qui a été fait antérieurement dans cette voie, on peut se rendre compte de la difficulté qu'on éprouve à réussir cette anastomose d'un canal, qui sert à l'écoulement continu d'un liquide aussi fluide que l'urine.

Cette anastomose a été successivement tentée par Poggi, van Hoock et notre collègue Tuffier; tous ont opéré comme moi sur des animaux. Seul le procédé de van Hoock a été, par Kelly, appliqué sur une femme, et, disons-le de suite, avec succès.

Le procédé de Poggi (1887) consiste à invaginer le bout supérieur de l'uretère dans le bout inférieur. Il obtient cette invagination de la façon suivante :

Fig. 1. — Procédé de Poggi.

BS, bout supérieur; BI, bout inférieur; *ab-cd*, fils.

Il dilate le bout inférieur; puis il prend un catgut, armé d'une aiguille à chacune de ses extrémités. La première aiguille traverse la paroi du bout inférieur à 1 centimètre de la section de dedans en dehors; la seconde aiguille traverse la paroi du bout supérieur de dehors en dedans, sort par l'orifice de section, et pénétrant dans le bout inférieur, traverse de dedans en dehors la paroi de ce bout, à quelques millimètres de la première. Un second fil de catgut est placé de même sur le côté opposé de l'uretère; en tirant sur les extrémités de chaque fil, on invagine le bout supérieur dans l'inférieur.

Poggi, sur deux chiennes, avait réussi ainsi à obtenir la réunion des deux bouts de l'uretère sectionné.

Toutefois, si on tient compte qu'on applique la face externe celluleuse de l'uretère contre la muqueuse du bout inférieur, on comprend que ce procédé doit exposer bien souvent à des insuccès.

M. Tuffier, en effet, en essayant cette invagination, a été moins heureux que Poggi.

Il constate qu'entre les points affrontés, il reste des parties non affrontées par lesquelles le liquide peut refluer. Aussi complète-t-il la suture de Poggi en faisant une suture de Lambert, dont les points sont intermédiaires aux précédents; les fils sont passés dans la celluleuse des deux bout rapprochés.

Il réunit de plus la graisse périphérique par quelques points de suture en forme de manchon autour de sa suture. Malgré ces pré-

cautions, il reconnaît lui-même que les résultats sont déplorables. Il se fait une fistule ou une oblitération du canal.

Il est d'ailleurs à remarquer, combien il est difficile sur un conduit dont les parois sont aussi minces, de ne prendre dans sa suture que la celluleuse, et de ne pas perforer avec son aiguille toute la paroi.

Van Hoock (*Journal of American Médical Association*, 1893) a publié un procédé qui paraît devoir donner de meilleurs résultats.

Il passe une ligature à la soie sur l'extrémité du bout inférieur, puis à un demi-centimètre de la ligature, il fait avec des ciseaux, sur la paroi antérieure du bout inférieur, une boutonnière d'une longueur double au diamètre du bout supérieur.

1° Sur la paroi antérieure du bout supérieur, il fait une incision de 6 millimètres, destinée à assurer la béance du conduit.

A travers la paroi du bout supérieur, il passe de dedans en dehors, à 3 millimètres de l'extrémité libre, deux petites aiguilles à batiste portant un fil de catgut; les aiguilles sont enfoncées à la même hauteur au-dessus de l'extrémité du conduit, à 3 millimètres l'une de l'autre. Elles sont ensuite passées à travers la boutonnière du bout inférieur, et traversent la paroi postérieure au même niveau, de dedans en dehors.

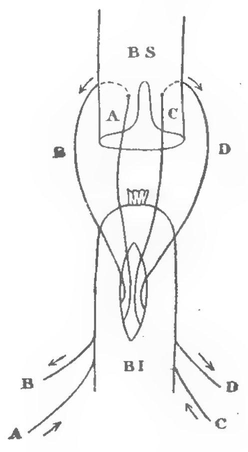


Fig. 2.

Procédé de van Hook.

BS, bout supérieur; BI, bout inférieur; AB, fil de droite; CD, fil de gauche. La flèche indique le trajet du fil.

En tirant sur les fils, on invagine par la boutonnière le bout supérieur dans le bout inférieur, et en les nouant on l'y fixe.

Le procédé expérimenté par Van Hoock sur les animaux, a été mis en pratique par Kelly, sur une femme à laquelle dans une hystérectomie abdominale, il avait sectionné l'uretère compris dans ses adhérences. La réunion se fit.

Ce procédé a donc sur les autres l'avantage d'avoir un succès sur la femme à son actif.

Cependant on peut lui objecter que là encore on met celluleuse contre muqueuse, que l'urine peut refluer, par cette boutonnière dont la fermeture peut être plus ou moins parfaite, si on tient compte, à cause de la petitesse du conduit, de la difficulté de faire les sutures.

C'est ce qui nous a amenés à chercher s'il n'y aurait pas d'autres modes de sutures.

Le nôtre consiste à adosser circulairement la muqueuse des deux bouts sectionnés. Pour cela, avec une aiguille de Reverdin,

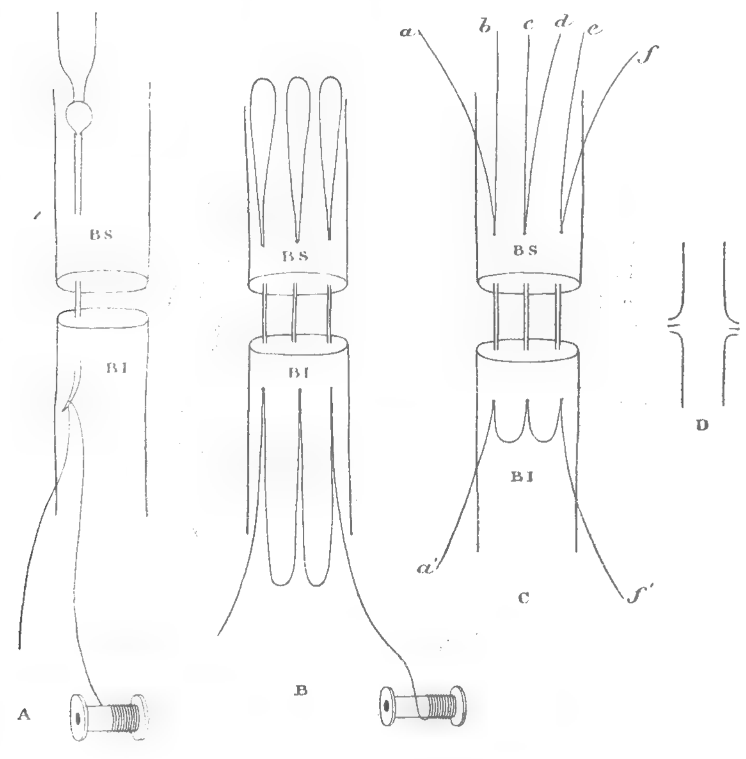


Fig. 3.

BS, bout supérieur; BI, bout inférieur.
A, manière de passer l'aiguille, et de la charger.
B, anses de fil, formées par un seul fil continu.
C, section sur le bout supérieur de ces anses, et commencement de traction sur les anses inférieures; les fils *bc*, *de*, sont noués ensemble; les deux fils extrêmes en dernier sont noués entre eux sur le bout inférieur de manière à former une anse, qui complète la suture continue, et ensuite noués sur le bout supérieur.
D, adossement des muqueuses, la suture terminée.

très fine, nous passons de la façon suivante une série d'anses, qui nous permettront de faire cet adossement.

L'aiguille traversant la paroi du bout supérieur, à quelques millimètres de la section, ressort par l'orifice de section, puis pénètre dans la lumière du bout inférieur, traverse sa paroi de dedans en dehors, et se charge d'une anse de fil. Ce fil n'étant pas

coupé, et la bobine se déroulant à mesure, la même manœuvre est faite un peu plus loin; on arrive ainsi à passer une série de boucles de fil; dans le même trou existent donc deux fils; quand on a passé des fils tout autour de la circonférence des bouts sectionnés, on coupe les boucles qui sont sur le bout supérieur, de manière à séparer à ce niveau ces fils; en tirant sur les fils *b* et *c*, et en les nouant deux par deux, après les avoir entre-croisés avec les fils *a* et *d*, on les réunit par un nœud: on continue ainsi jusqu'au dernier fil; celui-ci restant libre est réuni au premier par un nœud sur le bout inférieur; on ferme ainsi l'U qui doit se trouver sur ce bout, et sur le bout inférieur on réunit encore par un nœud les deux fils. Toute la circonférence des deux extrémités sectionnée se trouve donc réunie par une série de fils qui forment une suture continue, ne laissant aucun espace libre; les muqueuses sont juxtaposées l'une contre l'autre, comme le montre la figure 3 D.

Cette suture continue, enserrant toute la paroi des deux bouts, par constriction sectionne cette paroi. Mais cette section se faisant lentement, au fur et à mesure qu'elle se produit, la cicatrisation des deux bouts s'effectue par-dessus le fil, qui finit par tomber dans la lumière du vaisseau si c'est un fil de soie, ou qui se résorbe si c'est un catgut.

Chez nos deux premiers animaux opérés, nous avions eu recours au fil de soie n° 00; sur celui que nous vous présentons aujourd'hui, au catgut fin n° 0.

Nous donnerons encore les détails complémentaires suivants, pour la suture de l'uretère.

Nous avons eu, comme M. Tuffier l'a fait remarquer, à lutter contre la rétraction du bout supérieur, et l'affaissement des parois du conduit.

Pour obvier à la rétraction et empêcher le passage de l'urine pendant notre opération, nous avions pincé les deux extrémités sectionnées de l'uretère entre les mors d'une pince à forcipressure, munis de caoutchouc.

Enfin, c'est avec le mors d'une petite pince courbe à disséquer, introduite successivement dans chaque bout, que nous avons maintenu dilatée la lumière des deux bouts, afin de nous faciliter la manœuvre de l'aiguille.

Sur le premier chien, nous avions fait la laparatomie pour rechercher l'uretère, et pour le sectionner. Sur celui que nous vous présentons, nous avons été chercher l'uretère par la voie lombaire, et toutes les manœuvres ont été extra-péritonéales. Nous avons trouvé l'uretère, en abaissant le rein et en cherchant l'ure-

tère à partir du hile ; notre section a été faite à 6 centimètres du bassinet.

Les suites opératoires sur le second chien, suturé avec du catgut, et hors la cavité péritonéale ont été incomparablement plus simples. Le premier avait eu un peu de péritonite ; le second, à part, un peu de suppuration superficielle qu'il est très difficile d'éviter chez le chien, n'a pas souffert de cette opération, et s'est remis rapidement. A aucun moment, il n'a présenté de fistule ni de troubles urinaires.

Ces expériences plaident donc, une fois de plus, en faveur de la voie extra péritonéale, pour toute intervention portant sur les voies urinaires.

Présentations de malades.

Ostéo-arthrite tuberculeuse du tarse. Traitement par les injections de chlorure de zinc. Guérison,

par M. GÉRARD-MARCHANT (1).

B... (Charles), cinquante et un ans, menuisier, entré à l'hôpital Tenon (salle Nélaton, n° 15) dans le service du Dr Gérard-Marchant, le 28 décembre 1896.

Il y a sept mois environ, à la suite d'un choc ayant porté sur le dos du pied droit, le malade a commencé à éprouver des douleurs à ce niveau ; peu après est survenu un gonflement qui n'a fait que se développer depuis; des fistules se sont ouvertes.

A son entrée, on constate une énorme tuméfaction occupant sur la face dorsale du pied droit toute la région du tarse. La circonférence du pied mesure à ce niveau 36 centimètres; elle est constituée par des fongosités qu'on sent très nettement par la palpation. La peau est tendue et adhérente. A sa surface, s'ouvrent sur les côtés interne et externe, deux orifices fistuleux par où la pression fait sourdre de la sérosité et des débris fongueux ; le stylet introduit dans ces trajets conduit partout sur l'os dénudé.

Les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe sont libres, l'articulation tibio-tarsienne semble indemne ; il n'y a pas d'empâtement en arrière des malléoles. Les mouvements de rotation du pied sont impossibles.

La concavité de la voûte plantaire est un peu effacée, les mouvements des orteils sont limités.

On porte le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse médio-tarsienne.

(1) Observation rédigée d'après des notes prises par mon interne, M Pétron.

On immobilise le pied dans une gouttière plâtrée, le maintenant à angle droit, et on commence, dès l'entrée du malade, les injections de chlorure de zinc au 1/10; ces injections ont été faites tous les mardis, du 28 décembre 1896 aux premiers jours de septembre 1897.

Au début, les piqûres étaient extrêmement douloureuses; peu à peu la tolérance s'établit; les douleurs duraient environ vingt-quatre heures.

Après chaque injection, se produisait régulièrement une élévation de température qui, une seule fois, a atteint 40 degrés. Les autres ascensions thermiques ne dépassaient pas 38°,5; cet état fébrile s'accompagnait d'inappétence, d'état saburral de la langue.

Jamais il ne s'est formé ni abcès, ni escarres, l'hémorragie se bornait à un léger écoulement de sang par l'orifice de l'aiguille.

La technique a été celle que recommande Lannelongue : on circonscrivait la tuméfaction par des injections faites sur ses contours; l'aiguille était poussée jusque sur l'os; à chaque séance, on a injecté deux ou trois seringues de Pravaz.

L'amélioration a été lente, mais progressive.

Peu à peu la tuméfaction a diminué, les fistules se sont fermées.

Les plâtres ont été renouvelés tous les deux mois.

Aux premiers jours de septembre, on enlève définitivement la gouttière plâtrée et on suspend les injections.

La guérison est parfaite : le pied a repris sa forme normale; il ne reste, comme traces de l'affection, que de la sclérose de la peau qui au niveau du dos du pied est sèche et vivement colorée. Les mouvements sont à peu près complets. Au lieu de 36 centimètres, la circonférence du tarse est réduite à 25 centimètres.

M. Kirmisson. — Je félicite bien vivement M. Gérard-Marchant de son succès, et suis heureux de cette observation qui vient à l'appui des idées conservatrices dans le traitement de la tuberculose.

M. Lucas-Championnière. — Je ne saurais trop répéter qu'on ne peut comparer les adultes aux enfants; on a fait à ce malade un nombre considérable d'injections. C'est ce que j'ai pu observer sur deux malades chez lesquels avec 50 injections chez l'un, 60 chez l'autre, je n'ai eu que des succès relatifs. Mettez cela en opposition avec ce que nous a dit M. Lannelongue qui en une ou deux fois serait arrivé à la guérison. Avec les adultes, on ne peut arriver à quelque résultat qu'avec une grande quantité d'injections et souvent au prix de vives douleurs, occasionnées par elles.

M. Routier. — Je regrette de ne pas pouvoir montrer un malade qui est parti ce matin de mon service. Au bout de cinq à six mois d'immobilisation dans un appareil plâtré son articulation semblait si malade que je pensais à une amputation, lorsqu'un de

mes élèves me proposa de le masser. Sous l'influence de ce massage, il se produisit au bout de six semaines, une amélioration telle, que le malade a pu quitter mon service. C'est là un cas très remarquable de ce que peut produire le massage dans une pareille lésion.

M. Hartmann. — Je fais remarquer que le malade présenté par M. Gérard-Marchant n'a pas encore marché et qu'il a encore une fistule; on peut se demander ce que deviendront ces lésions quand le malade marchera.

M. Gérard-Marchant. — Ce malade a peut-être en effet encore besoin d'une ou deux injections, mais je répète que c'est déjà un cas très remarquable, si on tient compte de l'état dans lequel on a commencé le traitement.

M. Michaux. — J'ai l'honneur de vous présenter les deux malades adultes dont j'ai parlé à la dernière séance, à propos du malade de M. Kermisson. Il s'agit de deux cas tout à fait remarquables de conservation du poignet et du pied chez des sujets arrivés au dernier degré de la cachexie et avec les lésions articulaires osseuses et cutanées les plus avancées, au point qu'il m'a fallu détruire tout le carpe, une partie de l'extrémité inférieure du radius chez la jeune fille, tout l'astragale, une partie de scaphoïde et du cuboïde chez l'homme que je vous présente.

Indépendamment d'une action très large de la curette tranchante, j'ai la conviction que les profondes cautérisations que j'ai pratiquées dans les cavités ainsi créées artificiellement, ont puissamment contribué à la restauration des parties et à la guérison.

Le traitement général n'a, bien entendu, pas été négligé.

Tuberculose du poignet droit.

Une jeune fille de dix-sept ans, pâle, cachectique, entre le 15 avril 1897 dans mon service, à l'hôpital Broussais. Son poignet droit, atteint de tuberculose, rempli de fongosités, est énorme, au moins triplé de volume et criblé de fistules dont plusieurs possèdent de larges orifices ulcéreux. C'est, en somme, un de ces cas contre lesquels l'amputation seule semble de mise. Mais cependant, malgré la gravité extrême des lésions, je désire tenter la conservation de la main.

Le 26 avril, je pratique une large ablation de toutes les fongosités, j'enlève à la curette tranchante tous les tissus malades, la plus grande partie du carpe et l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Dans la

vaste cavité ainsi creusée, je promène le cautère actuel cultellaire et je panse à la gaze idoformée imbibée de naphtol camphré.

A la fin de mai, je suis obligé de faire un nouveau curettage et enfin j'enlève en octobre les dernières fongosités qui subsistent actuellement, le poignet a repris son volume normal et possède quelques mouvements. L'état général est florissant, et on ne reconnaît plus en elle la petite malade si déprimée, si cachectique qui est venue nous trouver il y a neuf mois.

Tuberculose du tarse droit.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, gravement atteint, entre, en 1896, dans mon service à Ivry.

Il présente, au niveau du cou-de-pied du côté droit, une énorme tuméfaction et des lésions telles que je crains de ne pouvoir lui conserver le pied. Son état général est déplorable.

Le 28 octobre, une double incision me conduit sur les fongosités, j'enlève tous les tissus malade et applique le cautère actuel. Je dois, le 8 février 1897, renouveler mon intervention. Dans une vaste cavité tarsienne je promène, après curettage soigné, le cautère actuel, je laisse la plaie largement ouverte et panse à la gaze idoformée imbibée de naphtol camphré.

On peut voir qu'actuellement l'état local est très satisfaisant et l'état général parfait.

M. Lucas-Championnière. — Je regrette qu'on nous présente des malades si différents. Il est difficile de comparer ces deux cas et on risque ainsi de faire égarer beaucoup la discussion. Pour le malade atteint d'arthrite tibio-tarsienne le résultat est satisfaisant; mais pour le poignet on peut se demander si une résection n'aurait pas rendu meilleur service.

M. Michaux. — Je ne saurais accepter ce que vient de dire M. Lucas-Championnière; mes deux malades, comme état général étaient au début absolument comparables et je ne crois pas qu'en présence de fongosités et d'ulcérations comme en présentait ma malade, une résection eût pu donner un bon résultat.

M. Kirmisson. — Je demande en mon nom et en celui de M. Nélaton qu'on mette à l'ordre du jour la méthode conservatrice dans le traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Gastro-entérostomie pour un ulcère gastrique avec tumeur. Guérison. Disparition de la tumeur et des troubles digestifs,

par M. CHAPUT.

Cette malade, âgée de trente-deux ans, souffre de l'estomac depuis l'âge de dix-huit ans. Depuis cette époque elle est au régime lacté, qui diminue ses douleurs.

Elle entra dans mon service le 27 décembre 1897, pour des douleurs violentes de la région ombilicale, avec des vomissements répétés et une température élevée. Elle présentait, en outre, une tumeur volumineuse de la région ombilicale, et une grande dilatation de l'estomac.

Je fis, le 29 *décembre*, la gastro-entérostomie antérieure, avec mon bouton, et sans entéro-anastomose. Je constatai, pendant l'opération, que la tumeur occupait la face postérieure de l'estomac et qu'elle était très volumineuse, sessile et adhérente à la paroi abdominale postérieure. La malade présenta, les deux jours suivants, des vomissements incoercibles.

Le 31 *décembre*, j'enlevai les sutures abdominales et je pratiquai sans anesthésie une entéro-anastomose entre les deux jambages de l'anse soudée à l'estomac. Les vomissements s'arrêtèrent immédiatement.

Depuis lors, la malade a repris l'alimentation solide, ce qu'elle n'avait pu faire depuis quatorze ans; elle digère tout ce qu'elle mange, elle a engraissé considérablement, et sa tumeur a disparu. Je pense que cette tumeur était le résultat d'un travail inflammatoire parti d'un ulcère de la paroi postérieure de l'estomac. L'évacuation facile de l'estomac a fait cesser les causes d'irritation de l'ulcère, et la tuméfaction inflammatoire a pu disparaître.

Il est intéressant de noter les vomissements incoercibles occasionnés par l'éperon et supprimés par l'entéro-anastomose.

Les phlébites variqueuses traitées par l'extirpation, après ligature préalable de la saphène interne. Larges résections veineuses et cutanées.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade âgé de cinquante et un ans, palefrenier, que j'ai opéré le 26 décembre dernier, de grosses phlébites variqueuses de la cuisse et de la jambe. Atteint de varices depuis douze ans, il avait, lors de son entrée, une phlébite de gros paquets variqueux situés sur le trajet de la saphène interne, depuis une quinzaine de jours environ.

Il présentait une tumeur de 15 centimètres de long sur 10 de large, au niveau de la partie moyenne de la cuisse; une autre un peu plus petite le long de la partie interne de la jambe.

Après la ligature préventive de la saphène interne, immédia-

tement au-dessous de son embouchure dans la fémorale et résection d'un tronçon veineux entre deux ligatures au catgut, je pratiquai l'extirpation des tumeurs variqueuses enflammées en même temps que celle d'un grand lambeau cutané y adhérent; j'extirpais presque la totalité de la saphène interne comme on peut le voir par l'incision qui va du bas de la jambe au haut de la cuisse. Tout fut réuni par des sutures très rapprochées au crin de Florence. Vous pouvez constater que cet homme est actuellement guéri; il a recommencé à travailler alors que la résolution de ses varices enflammées eut demandé au moins de six semaines à deux mois et plus. J'espère qu'il retirera un grand bénéfice de l'opération, au point de vue de la cure de ses varices. Depuis quelque temps je pratique systématiquement chez les variqueux que j'opère par l'extirpation et la ligature étagée de la saphène interne, l'ablation de longs et larges lambeaux cutanés à la jambe et à la cuisse, de manière à reconstituer par la suture un vrai bas élastique naturel formé par la peau; je crois cette manière de faire bien préférable à la simple extirpation veineuse associée ou non à la ligature étagée.

Myxo-sarcome du rein gauche.

M. Bazy. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est la moitié d'un rein et d'une tumeur qui s'est développée sur ce rein. L'autre moitié est restée dans mon laboratoire.

J'ai enlevé le rein et la tumeur à un homme. Voici son observation prise par M. Juy, externe de mon service.

Tumeur du rein.

Le nommé R... (Paul), pépiniériste, âgé de cinquante-six ans, entre à l'hôpital pour une tumeur abdominale. Il y a déjà plusieurs années qu'il souffre de douleurs vagues dans la région lombaire gauche; mais c'est surtout depuis un mois qu'il ressent de vives douleurs dans le flanc gauche. Il y a quinze jours, il s'aperçoit que cette région devient proéminente. Un médecin fait le diagnostic de hernie, puis un autre, celui de tumeur abdominale.

Actuellement, on constate une voussure de la région ombilicale gauche; à la palpation, on sent dans le flanc gauche une tumeur volumineuse dont les limites sont les suivantes : en bas, elle descend à quatre travers de doigts environ au-dessous de l'ombilic; en haut, elle disparaît sous le rebord costal; à droite, elle ne dépasse guère la ligne médiane; en arrière, elle disparaît dans l'espace costo-iliaque; elle est assez uniformément consistante, à surface lisse, mais légère-

ment bosselée ; à la percussion, elle est franchement mate et entourée sur tout son pourtour d'une zone de sonorité aussi bien en haut et dans la région épigastrique que dans l'hypocondre droit, et en bas et en *arrière*; elle n'a ni la forme de la rate, ni la consistance d'un kyste; elle n'est pas mobile avec la respiration; la palpation bimanuelle (une main placée en avant, l'autre en arrière dans l'espace costo-iliaque et l'angle costo-musculaire) ne donne aucun renseignement.

Quand on fait contracter le muscle grand droit du malade, la tumeur disparaît et le flanc devient plus saillant.

Le toucher rectal ne donne aucun signe.

Etat général. — Pas de fièvre; le malade a un peu maigri, pas de troubles digestifs, ni diarrhée, ni constipation; pas de troubles urinaires, pas d'hématurie, pas d'urines troubles ni de débâcle urinaire. Rien du côté du cœur ni des poumons. La tumeur est enlevée le 17 janvier 1898.

Opération. — Laparotomie. Incision le long du bord externe du muscle droit gauche sur une hauteur de 15 centimètres environ, allant du rebord costal et descendant à 7 ou 8 centimètres au-dessous de l'ombilic.

L'abdomen ouvert, on voit l'épiploon que l'on écarte, puis on voit le péritoine postérieur. Il est ouvert de façon à mettre à nu la tumeur. Ce péritoine est séparé de la tumeur elle-même qui, paraissant fluctuante, est ponctionnée avec le gros trocart de l'appareil Potain.

Il sort un liquide marron constitué par du vieux sang épanché et caillebotté.

A plusieurs reprises, le trocart est bouché. La tumeur est un peu détendue et on peut l'énucléer, sans qu'il sorte rien par l'orifice du trocart. En énucléant la tumeur, on finit par voir en arrière et en dedans une masse rougeâtre qui est le rein.

En continuant l'énucléation, on tombe sur une masse blanc rosé qui se déchire, montrant ainsi qu'il s'agit là d'une vraie tumeur du rein et non d'un kyste rénal.

On essaye alors de faire l'énucléation du rein; on continue par conséquent à le détacher et on place un clamp sur le pédicule; on coupe en avant de la pince, entre le clamp et le rein.

Cela fait, comme des parties de la capsule cellulo-adipeuse, en arrière et en dehors, paraissent suspectes, parce qu'on voit là comme des infiltrations d'une substance gluante, gélatineuse, empoissant les doigts comme le fait le liquide gélatineux d'un kyste de l'ovaire, on les résèque.

On lie alors le pédicule en passant un gros fil de catgut en arrière du clamp qui le retenait en totalité. Le catgut casse au moment où on enlève le clamp qui ne peut pas être reposé à temps. Néanmoins, il ne se produit pas d'hémorragie.

Sur le clamp resserré, mais resserré dans une position vicieuse, on place un second fil qui, comme nous le voyons après, n'étreint que l'uretère; il se produit alors un petit suintement noirâtre, que l'on réprime au moyen d'une pince et alors apparaît un violent jet de sang rouge que l'on arrête aussitôt au moyen d'un clamp.

L'hémorragie est ainsi arrêtée. La quantité de sang perdue peut être d'une cuillerée à café. L'hémostase avait d'abord été faite par l'écrasement des vaisseaux : l'orifice veineux s'était ouvert le premier, ensuite était venue l'artère. On place encore des ligatures sur la capsule. On referme le péritoine postérieur par un surjet au catgut. On referme la paroi abdominale par deux surjets au catgut, un pour la paroi postérieure du muscle droit, un pour la paroi antérieure de la gaine, après avoir fixé le bord externe dans l'angle formé par leur réunion (procédé de Jalaguier). On suture la peau au crin de Florence. Pansement iodoformé. Chloroforme.

Le pédicule a pu être examiné, et nous n'avons ni vu ni senti de ganglions.

Après l'opération. — Etat général bon, pas de fièvre, pas de selles les jours suivants, une selle le 21 janvier, sous l'influence d'un lavement; aussitôt le malade ressent un grand soulagement.

Les jours suivants, mais surtout à partir du 27, le malade est atteint d'une dyspnée qui va en s'accroissant. On constate de la matité aux deux bases et des râles sibilants. Du côté de la région opérée, on ne constate rien, souplesse parfaite de la paroi et des parties profondes, indolence absolue.

Le 30 janvier, on pratique une ponction dans la poitrine à la seringue de Pravaz et on obtient un peu de liquide filant muqueux absolument analogue à celui qui a été observé pendant l'opération. On fait ensuite une deuxième ponction avec un trocard plus gros, on obtient aussi une goutte de ce même liquide. Le néoplasme s'était évidemment généralisé.

Décès le 31 janvier 1898.

Description de la pièce. — La tumeur, du volume d'une tête de fœtus à terme, est implantée par une très large base sur le bord externe du rein, envahissant la face antérieure et la face postérieure, les ayant comme dédoublées.

La base d'implantation [arrive au niveau de l'extrémité inférieure, mais ne va pas jusqu'à l'extrémité supérieure.

En haut, à son union avec le rein, la umeur s'est déchirée pendant l'ablation. Peut-être est-ce par là qu'elle a envoyé les prolongements qui ont infiltré la capsule adipeuse, de façon à former les masses que nous avons signalées tout à l'heure pendant l'opération. Le doigt, introduit dans la déchirure, éprouve la même sensation de substance gluante, comme s'il s'agissait d'un épithélioma mucoïde.

La tumeur est coupée suivant le grand axe et le rein aussi. La grosse tumeur, d'aspect brunâtre, est constituée par une grande poche remplie d'une boue brunâtre, chocolatée, dans la plus grande partie de son étendue, plus rougeâtre au voisinage du rein, absolument analogue à la boue de certaines hématocèles vaginales. Cette matière est contenue dans une poche très nettement délimitée même au niveau du rein par une paroi d'apparence fibreuse de 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Cette partie paraît être complètement fermée, même du côté de la partie supérieure au voisinage du néoplasme, dans le point où la tumeur s'est rompue.

Le néoplasme à proprement parler occupe l'équateur supérieur du rein. L'équateur inférieur n'a rien, et dans cette partie supérieure, il infiltre le parenchyme rénal sans démarcation nette, précise entre le néoplasme et la substance rénale saine.

Le coagulum brunâtre et brun rougeâtre qui remplit la grande poche kystique est enlevé sous un filet d'eau et on voit alors la face interne de la poche tapissée par les caillots fibrineux infiltrés à l'aspect brunâtre.

Ces caillots paraissent adhérents à des bourgeonnements néoplasiques partis de la face interne de la poche au niveau de son insertion sur le rein. Ces bourgeons néoplasiques sont très nets au voisinage du point où le kyste est en rapport avec le néoplasme. Il a là, l'apparence rougeâtre, rose dans certains points, blanchâtre dans d'autres, exactement du reste comme le néoplasme lui-même.

La tumeur examinée dans mon laboratoire par mon interne Junien Lavillauroy a démontré qu'il s'agissait d'un myco-sarcome.

En présentant cette pièce, je désire appeler votre attention sur les points suivants :

1° Innocuité, une fois de plus démontrée, de la néphrectomie transpéritonéale;

2° Difficulté et même impossibilité d'un diagnostic absolument précis qui ne pouvait être fait que par un calcul de probabilité, les tumeurs du rein était les plus fréquentes des tumeurs rétropéritonéales;

3° Développement rapide; — généralisation difficile à diagnostiquer et peut-être foudroyante;

4° Insécurité de la forcipressure, même très énergique.

Résultats éloignés de ligatures atrophiantes faites dans deux cas de cancer inopérable de l'utérus.

MM. Henri HARTMANN et P. FREDET. — La première pièce, que nous vous présentons, a trait à un cancer inextirpable du col utérin, pour lequel nous avons pratiqué le 13 mai 1897 la *ligature des artères utérines immédiatement à leur naissance* du tronc de l'hypogastrique. En même temps que les utérines, nous avons lié une des utéro-ovariennes de manière à restreindre l'afflux sanguin qui se faisait à l'utérus (1).

Après cette intervention, dont les suites furent absolument nor-

(1) Cette observation paraîtra en détail, de même que la suivante, dans un mémoire du numéro de février des *Annales de gynécologie*, mémoire intitulé : *Les ligatures atrophiantes dans le traitement des tumeurs utérines*, par Henri Hartmann et Pierre Fredet.

males, les hémorragies diminuèrent considérablement, mais le néoplasme continua à progresser lentement du côté du vagin. Cette malade, sortie améliorée de l'hôpital, y rentra en médecine et succomba il y a environ un mois dans le service de M. Roques.

Grâce à l'obligeance de ce dernier, nous avons pu faire l'au-

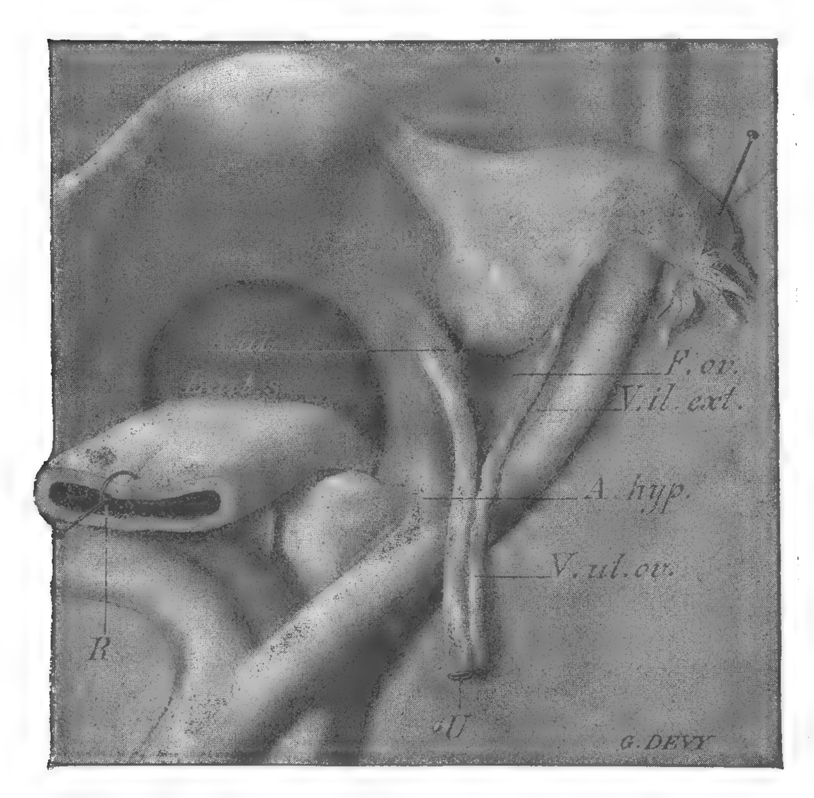


Fig. 4.

Rapports de l'utérine avec l'uretère et la fossette ovarienne (figure empruntée aux *Annales de gynécologie*, nº de février 1898).

topsie de cette femme, injecter ses artères en place, puis enlever et disséquer son bassin, que nous vous présentons :

Sur une coupe verticale antéro-postérieure, vous pouvez voir l'étendue des lésions. Le corps de l'utérus ne s'est guère modifié depuis l'intervention, mais le néoplasme a progressé du côté du vagin et de la vessie.

Les fils à ligature *sont exactement aux points fixés sur le vivant.* Les artères des ligaments ronds et l'utéro-ovarienne laissée perméable n'ont pas augmenté de volume, contrairement à ce qu'on

aurait pu supposer *a priori*. Un autre point intéressant à noter, c'est qu'il n'y a aucun caillot dans les artères liées, aucune oblitération, ni au-dessus, ni au-dessous du siège de la constriction.

Pour lier les artères utérines, nous avons utilisé un rapport anatomique constant de ce vaisseau, celui qu'il présente avec l'uretère, repère toujours facilement reconnaissable au fond de la fossette ovarienne. A ce niveau, l'artère utérine, née en arrière de l'uretère ou entre la paroi osseuse de l'excavation et l'uretère, émerge en avant de ce canal, comme vous pouvez le voir sur la pièce et sur le dessin ci-joint, que nous empruntons à notre mémoire des *Annales de gynécologie*. L'examen de la pièce vous montre que l'opération, conduite suivant ces règles sur le vivant, a bien donné le résultat qu'on en attendait. C'est, croyons-nous, le premier cas de ligature de l'utérine faite méthodiquement en France, au niveau de sa naissance (1).

La deuxième pièce, que nous vous présentons, provient d'une malade également atteinte de cancer inopérable du col et du vagin, contre lequel nous avons pratiqué, le 11 août 1897, une série de ligatures artérielles. Du côté droit, utilisant le repère indiqué à propos de notre première observation, nous avons lié le tronc commun de l'utérine et de l'ombilicale immédiatement au-dessus de l'uretère, dans la fossette ovarienne.

Du côté gauche, nous avons lié l'iliaque interne; enfin à ces ligatures, nous avons adjoint la ligature des deux utéro-ovariennes et d'un ligament rond. Aucun curettage, aucun pansement sur la lésion vagino-utérine. Presque immédiatement l'écoulement fétide disparaît, mais l'amélioration est d'assez courte durée et trois semaines après l'opération, les écoulements reparaissent. En fin septembre, nous devons faire un curettage pour arrêter un retour des hémorragies. La malade quitte l'hôpital améliorée. Mais elle y rentre quelques mois plus tard et succombe cinq mois après l'intervention.

L'autopsie nous fait constater qu'ici encore *les fils sont exactement aux points fixés sur le vivant* et que l'oblitération des vaisseaux est strictement limitée à la ligature. Elle nous montre aussi que la ligature de l'iliaque interne n'a, au bout de quelque temps, tout au moins, aucun effet, les anastomoses nombreuses au niveau de l'échancrure sciatique suffisant à ramener une grande quantité de sang et suppléant parfaitement le tronc lié.

(1) Rumpf (Vorgeschnittenes Carcinoma Uteri durch Laparotomie exstirdirt, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1895, t. XXXIII, p. 212) a fait, dans un cas, cette ligature comme premier temps d'une hystérectomie totale avec ablation de ganglions pour cancer étendu.

De l'étude de ces pièces ressortent différents points :

1° La ligature de l'utérine, à son origine, est une opération chirurgicalement praticable et réglée aussi exactement qu'une ligature d'artère des membres;

2° Au point de vue de l'hémostase utérine, elle est très supérieure à la ligature de l'iliaque interne;

3° Dans le cancer utérin, les ligatures atrophiantes semblent diminuer, tout au moins temporairement, les écoulements; mais ne paraissent pas modifier, d'une manière évidente, la marche du néoplasme (1) ;

4° Dans toutes les ligatures faites, l'oblitération du vaisseau, obtenue par la striction exercée par une soie *aseptique* est très exactement limitée aux points serrés, sans formation de caillot, ni oblitération au delà ou en deçà; ces constatations sont confirmatives chez l'homme de celles faites chez les animaux par Duplay et Lamy (2).

(1) Il existe cependant deux cas de cancer du col, améliorés, sinon guéris par les ligatures atrophiantes : un de Baumgärtner (Zur Operation des Cervix-carcinomes, *Verhandl. der deutsch Ges. f. Gyn.*, 2e congrès à Halle, Leipzig, 1888, p. 280), et un de Tuffier (*Congrès français de chirurgie*, 1897). Il faut ajouter que, dans le cas de Baumgärtner, la ligature vaginale des utérines ne fut que le complément d'un évidement du col et que, pendant quelque temps, on toucha, à diverses reprises, la plaie avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. Le cas de Tuffier reste donc, jusqu'à nouvel ordre, un cas isolé.

(2) Duplay et Lamy. Cicatrisation des artères à la suite de la ligature dans la continuité, *Arch. gén. de méd.*, 1897, t. II, p. 513.

Élections.

Vote pour une commission, pour fixer le sujet du prix Demarquay.

Ont été nommés :

MM. Chaput . . . . 22 voix.
Michaux . . . . 22 —
Gérard-Marchant . . . . 22 —

La Société se réunit en comité secret pour entendre le rapport de la commission sur le classement des candidats au titre de membre titulaire.

Le Secrétaire annuel,
P. REYNIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.





SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1898

Présidence de M. Berger

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix, et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et les publications périodiques de la semaine.

M. Lucas-Championnière dépose sur le bureau de la Société deux brochures de M. le Dr Michailowsky, chirurgien en chef de l'hôpital de Philippopoli.

Ces deux brochures, en bulgare, sont consacrées : l'une à *neuf cas de splénectomie faite sur des sujets atteints d'hypertrophie palustre de la rate.*

Ces cas sont remarquables d'abord parce que toutes les opérations ont été suivies de succès. Une des malades était une femme enceinte de six mois.

L'autre est consacrée à *deux cas de fractures du crâne compliquées de compression des centres moteurs, aphasie et monoplégie brachiale; guérison par trépanation.*

A propos du procès-verbal.

M. Bazy. — Je tiens à justifier et à expliquer la quatrième conclusion des commentaires qui accompagnent la présentation du myxo-sarcome du rein que j'ai faite dans la dernière séance : cette conclusion est la suivante : Insécurité de la forcipressure, même très énergique.

Cette phrase m'a été suggérée par la présentation qui a été faite ici, d'instruments destinés à écraser les vaisseaux et à permettre de se passer de ligatures. *Or, ces instruments ne peuvent être appliqués que dans les cas où on pourrait faire une ligature.* Or, voyant ce qui s'est passé pendant mon opération, je suis d'avis

qu'il vaut mieux une bonne ligature qu'un écrasement quelconque.

Je rappelle en effet que le fil, qui devait enserrer le pédicule, avait cassé. Or, ce pédicule avait été pendant un certain temps comprimé par une pince clamp. Le fil cassant, rien n'avait tout d'abord toutefois coulé. Mais au bout de quelques instants un filet de sang nous montra que l'artère rénale n'avait pas été oblitérée par la compression, et nous dûmes arrêter cette hémorragie par une nouvelle ligature.

La forcipressure peut en apparence donner de bons résultats, mais il ne faut pas s'y fier, car ils peuvent ne pas être durables.

M. Tuffier. — Je ne crois pas en effet qu'il faille se servir de la forcipressure pour le pédicule du rein : l'artère rénale est trop courte; d'ailleurs je ferai observer qu'avec de simples pinces clamp, il peut se produire des hémorragies après vingt-quatre heures lorsqu'on les enlève trop tôt. C'est ainsi que j'ai vu dans une hystérectomie, l'ablation des pinces ayant été faite au bout de vingt-quatre heures, la malade mourir d'hémorragie.

M. Picqué. — Dans l'avant-dernière séance, à la suite de mon rapport sur l'observation de tératome, communiquée par M. Chevassu, M. Broca a cru devoir rappeler un cas analogue, qu'il avait présenté en 1893, à la Société anatomique. Le cas auquel il a fait allusion et qui a été communiqué par M. Manson en février 1893, et suivi en mars 1893 d'une courte note de dix lignes, présentée par M. Cornil, était connu de moi, et je pensais que notre collègue signalait un autre fait qui avait pu m'échapper.

Je tiens à dire que le cas signalé par notre collègue est relaté dans des termes si concis, qu'il ne saurait présenter un document scientifique à mettre en parallèle avec le mien. Il n'est fait aucune allusion d'ailleurs, ni dans la présentation de M. Manson, ni dans celle de M. Cornil, à la tunique albuginée, qui constitue le point capital de l'observation de M. Chevassu.

Quant au fait de Heydenreich, publié en 1895, à la Société médicale de Nancy, le 23 janvier 1895, il a trait à un épithélioma kystique du testicule.

Le fait du même auteur présenté au 9e Congrès de chirurgie est également un cas de sarcome.

Il résulte de ces observations, que je tenais à vous présenter, que le cas de M. Chevassu est bien réellement le premier où le siège intratesticulaire, scientifiquement démontré, se trouve.

M. Broca. — Je me borne à répondre que, pour qui parle avec précision le langage médical, mon observation est peut-être plus probante que ne le croit M. Picqué. J'ai écrit tumeur *du testicule*, et M. Cornil de même. Or, cela ne veut dire ni tumeur de l'épididyme, ni tumeur à côté du testicule. Je sais que souvent on appelle tumeur du testicule un peu toutes les tumeurs des bourses : c'est une terminologie vicieuse, et voilà tout. J'ajoute que dans mon cas, puisque M. Picqué désire une affirmation plus nette, la tumeur était contenue dans l'albuginée intacte. Quant à dire qu'au point de vue de la valeur probante, quelques lignes émises ne sont pas aussi concluantes que 12 pages, je dirai simplement que cette opinion n'est pas la mienne.

M. Picqué. — Je n'ai qu'un mot à répondre à M. Broca. Notre collègue affirme que dans son esprit, le terme tumeur du testicule signifie tumeur au-dessous de la tunique albuginée. Je rends volontiers hommage à la précision scientifique de notre collègue; il serait cependant nécessaire que cette précision existât également dans la forme, et je demande encore quelle valeur pourra dans cinquante ans avoir cette observation à laquelle il manque l'indication anatomique fondamentale.

M. Picqué. — Dans la dernière séance, M. Bazy fait allusion au travail que M. Rollet a publié en 1894, dans le *Lyon médical*, sur les adhérences du péritoine à la symphyse.

Je tiens à rappeler que j'ai présenté sur ce travail le rapport à la Société de chirurgie en 1896.

Je me suis élevé contre les conclusions de M. Rollet, qui s'appuyait sur ces adhérences du péritoine, selon moi discutables, pour proscrire dans tous les cas la taille sus-pubienne.

J'ai rappelé, à ce propos, que la ponction hypogastrique nous donnait dans les asiles d'aliénés, où des raisons particulières nous obligent à la préférer à la taille, d'excellents résultats.

Quant au malade de M. Rollet, cité par M. Bazy et dans lequel la ponction hypogastrique aurait amené une perforation du péritoine sans inconvénient, je me bornerai à rappeler que le malade est mort seize jours après de broncho-pneumonie.

M. Bazy. — Je ne pense pas que ce cas prête à discussion ; quand M. Rollet a fait la taille hypogastrique, il a trouvé le malade infecté, et cette infection peut expliquer la broncho-pneumonie dont il est mort.

M. Picqué. — M. Rollet était intervenu à cause des accidents péritonéaux; il avait trouvé le péritoine perforé par la ponction antérieure et même une anse d'intestin en avant de la vessie ; si j'insiste sur ce fait, c'est pour qu'on ne compte pas ce cas comme guérison à l'actif de la ponction.

Rapport.

Pied bot valgus par contracture des péroniers latéraux, allongement des péroniers; guérison, par le Dr Faure, chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. E. KIRMISSON.

Messieurs, depuis fort longtemps déjà, je suis chargé de vous présenter un rapport sur une observation intéressante de l'un de nos jeunes collègues des hôpitaux, M. le Dr Faure. Je dois m'excuser tout d'abord d'avoir tant tardé à m'acquitter de cette tâche, mais je tenais à accorder au fait communiqué par M. Faure, tous les développements qu'il comporte.

Voici d'abord l'observation de notre collègue :

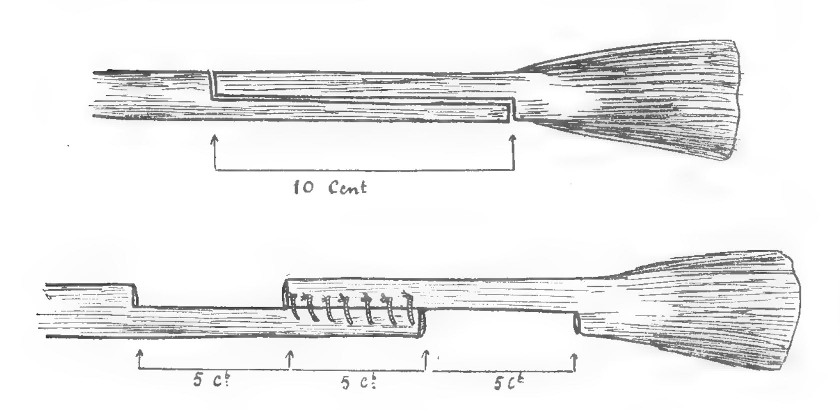
Un homme âgé de quarante-six ans, jardinier, présentait à la suite d'une fracture bimalléolaire, datant d'un an, une déviation totale du pied en valgus, qui le réduisait à une impotence complète. Le 21 août 1895, M. Faure pratiqua chez ce malade, une double ostéotomie, cunéiforme sur le tibia, linéaire sur le péroné. Au 35e jour, le 25 septembre, la réunion est parfaite, la consolidation complète, le pied en bonne position.

Le malade est envoyé à Vincennes le 25 octobre; il rentre dans le service le 29 novembre. La déviation du pied en valgus s'est en partie reproduite, du fait de la contracture des péroniers latéraux. C'est alors que M. Faure entreprend une seconde opération, consistant à pratiquer l'allongement des péroniers latéraux, par dédoublement de leurs tendons.

L'opération est faite le 26 décembre 1895. Après anesthésie par l'éther et application de la bande d'Esmarch, on pratique, le long du bord postérieur du péroné, à quelques millimètres en arrière de la cicatrice ancienne d'ostéotomie, une incision longue de 12 centimètres, commençant à 2 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole.

Les tendons des péroniers sont immédiatement reconnus; celui du long péronier est d'abord écarté, et l'opération, identique pour les deux muscles, est d'abord pratiquée sur le tendon du court péronier le plus profondément situé dans la gouttière rétro-malléolaire. Le tendon est dédoublé suivant sa longueur, sur une hauteur de 10 centimètres environ. On obtient ainsi deux languettes tendineuses qui sont suturées l'une à l'autre par leurs extrémités. En supposant, comme le

dit M. Faure, que les deux languettes eussent exactement une longueur de 10 centimètres, si on les suture l'une à l'autre, dans une étendue de 5 centimètres, on aura ainsi un tendon qui, au lieu de 10 centimètres, en aura 15 de longueur, en d'autres termes, on aura réalisé un allongement du tendon de 5 centimètres.



Cette petite opération est ensuite répétée sur le tendon du long péronier latéral. Le membre est immobilisé dans un appareil plâtré laissé en place pendant 18 jours, soit jusqu'au 13 janvier ; à ce moment, la cicatrisation est complète; l'attitude du pied est excellente; le spasme des péroniers a totalement disparu, mais leur action est conservée et se transmet parfaitement au pied.

L'examen électrique n'a malheureusement pas été fait.

Au bout de quelques jours, le malade commence à marcher, et, le 24 janvier, il est envoyé à Vincennes.

Le 27 février, il rentre de nouveau dans le service.

Le pied est toujours en excellente position, les mouvements s'exécutent bien dans tous les sens, l'action des péroniers est normale. La flexion et l'extension du pied sont seulement un peu limitées.

Malgré ces apparences favorables, le malade se plaint de souffrir dans le cou-de-pied, et de marcher très difficilement. Les douleurs sont surtout fortes, dit-il, quand la partie antérieure du pied appuie par terre. Le mouvement de flexion forcée du pied est alors douloureux. Aussi se sert-il constamment de béquilles. Les choses sont restées dans le même état jusqu'au moment où le malade a quitté l'hôpital le 30 mars 1896.

Telle est, messieurs, l'observation qui nous a été communiquée par notre collègue, M. Faure. Elle peut fournir matière à deux ordres de réflexions: 1° celles qui s'adressent au traitement orthopédique d'une fracture de Dupuytren, vicieusement consolidée; 2° celles qui ont trait à l'allongement des tendons par dédoublement et glissement longitudinal de ces tendons.

En ce qui concerne la première question, celle du traitement orthopédique à employer dans les fractures de Dupuytren, vicieusement consolidées, j'avoue que je me sépare de M. Faure. Notre collègue a eu recours à une double ostéotomie : ostéostomie linéaire du péroné, ostéotomie cunéiforme du tibia. Je fais à cette manière d'opérer le même reproche qu'à l'ostéotomie supra-malléolaire de Trendelenburg, dans le traitement du pied plat valgus invétéré, reproche qui consiste en ce que, dans un cas comme dans l'autre, on fait seulement le traitement du symptôme, mais on ne s'adresse pas à l'indication causale. Dans le pied plat valgus, en effet, la déformation siège dans l'articulation médio-tarsienne ou de Chopart; en faisant l'ostéotomie supra-malléolaire, on n'arrive à corriger la déviation du pied en dehors qu'en créant audessus des malléoles une seconde déviation angulaire dont le sommet est tourné en sens inverse de la déviation primitive.

De même, à la suite des fractures de Dupuytren, vicieusement consolidées, le siège de la déformation est dans l'articulation tibio-tarsienne; il y a arrachement du ligament latéral interne, quelquefois même arrachement du sommet de la malléole, qui fait saillie sous la peau de la région interne du cou-de-pied, tandis que le pied en masse est déjeté en dehors. Dans l'intérieur de l'articulation, souvent il existe une disposition sur laquelle M. Verneuil avait autrefois appelé l'attention, et qui a été fréquemment rencontrée depuis lors. Je veux parler d'un fragment intermédiaire interposé entre le tibia et le péroné, fragment appartenant au plateau tibial et qui vient s'opposer à la réduction. De mon côté, j'ai rencontré, dans un cas (1), un déjettement de la malléole tibiale en dehors qui vient en partie combler la mortaise péronéo-tibiale et s'opposer à la réduction. Quand, de parti pris, on pratique une ostéotomie supra-malléolaire, au lieu de s'adresser à la résection, on laisse persister ces déviations intra-articulaires; on arrive bien sans doute à remettre le pied dans l'axe de la jambe, mais on n'a pas rempli l'indication causale. Les désordres persistent du côté de l'articulation tibio-tarsienne; les mouvements restent difficiles et la marche est plus ou moins entravée, comme chez le malade de M. Faure. Je préfère donc, pour ma part, recourir en pareil cas à la résection tibio-tarsienne, avec la modification indiquée par MM. Richet et Polaillon, c'est-à-dire avec conservation de la malléole péronière. Huit fois jusqu'ici j'ai eu recours à cette dernière opération, et j'en ai toujours tiré les meilleurs résultats.

(1) Voyez Kirmisson. *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, 1890, p. 455.

Pour ce qui est de la seconde partie de l'observation de M. Faure, celle qui a trait à l'allongement des péroniers latéraux par dédoublement et glissement longitudinal de ces tendons, je ne puis qu'approuver l'intervention de notre collègue. Je rappellerai que déjà M. Verneuil avait appelé l'attention sur cette tendance à la rétraction des péroniers latéraux à la suite des résections orthopédiques du cou-de-pied; il l'attribuait à la prépondérance d'action de ces tendons, par suite de l'affaiblissement ou de la destruction des tendons adducteurs. Aussi proposait-il de faire d'emblée, au moment même de la résection, la ténotomie des péroniers latéraux. La conduite tenue par M. Faure est évidemment préférable, puisqu'elle assure la conservation d'action de ces tendons tout en leur donnant une longueur suffisante. Du reste, déjà pour le tendon d'Achille, on a proposé ce mode particulier d'élongation, par dédoublement et glissement longitudinal. En 1891, Bayer (de Prague) (1) a proposé cette division longitudinale avec suture des deux bouts comme devant être substituée à la ténotomie simple. J'ai analysé ce travail dans la *Revue d'Orthopédie*. La même conduite a été suivie pour le tendon d'Achille par M. Prioleau (2).

Pour ma part, dans les cas où j'opère un pied bot équin d'origine paralytique, et où je désire assurer la réunion des deux bouts, malgré un écartement considérable, j'ai recours à un procédé plus simple qu'emploie aussi mon ami M. Nélaton, je veux parler de la section très oblique du tendon d'Achille; après rétraction du bout supérieur du tendon, la pointe des deux fragments reste en contact et assure la réunion. Une fois seulement, j'ai employé le dédoublement et la suture du tendon d'Achille. Mais, dans des cas spéciaux, où un écartement énorme me ferait craindre la non-réunion, je n'hésiterais pas à avoir recours à ce procédé.

Messieurs, je vous propose, comme conclusion de ce rapport, d'adresser nos remerciements à M. Faure pour son intéressante observation, qui sera déposée dans nos archives.

Discussion

M. Poirier. — M. Kirmisson a greffé sur son rapport une très intéressante dissertation sur les avantages comparés de l'ostéotomie sus-malléolaire et des manœuvres opératoires ou ortho-

(1) Voyez C. Bayer. *Prager Medicin Wochenschrift*, 1891, n° 35, et *Revue d'Orthopédie*, 1892, p. 158.
(2) Prioleau. *Arch. provinc. de Chirur.*, 1894, p. 652.

pédiques s'adressant à l'articulation coupable; je crois qu'il a conclu en faveur de ces dernières. Pour ma part, je préfère de beaucoup l'ostéotomie sus-malléolaire lorsqu'elle est bien faite, c'est-à-dire *suffisante*, car il ne s'agit pas d'obtenir un redressement à grand renfort de bras, il faut couper les os, au besoin les réséquer, en un mot obtenir un bout de jambe *ballant*. J'ai opéré quatre cas de ce genre, l'un d'eux avec l'aide de notre collègue Hennequin; les résultats ont été bons, parce que la réduction avait été complète.

M. Reynier. — J'ai été l'un des premiers à parler de l'ostéotomie sus-articulaire dans les fractures de Dupuytren vicieusement consolidées. Je rappelle que M. Périer fit, en mon nom, un rapport sur cette question en 1887, alors que je n'avais pas encore l'honneur de faire partie de la Société de chirurgie. Depuis, j'ai pratiqué souvent cette ostéotomie, et j'ai encore, dans ce moment, dans mon service, un malade auquel cette opération a été faite. J'espère pouvoir vous le présenter bientôt. D'un autre côté, j'ai fait, dans un certain nombre de cas, des résections de l'articulation tibio-tarsienne, et j'ai été amené même à faire l'ablation de l'astragale pour remédier à des cals vicieux.

Or, si je partage en partie les opinions émises par M. Kirmisson, je ne les partage pas entièrement.

Comme M. Poirier, je crois qu'il faut distinguer ces différentes variétés de cals vicieux. On peut se trouver, en effet, en présence de désordres fort graves de l'articulation, qui nécessitent une intervention intraarticulaire. Mais dans les cals consécutifs aux fractures de Dupuytren, on peut le plus souvent se contenter de la simple ostéotomie des deux os.

On arrive ainsi à des résultats excellents au point de vue fonctionnel, si toutefois ils pèchent souvent au point de vue plastique.

Une des grandes difficultés de la correction parfaite, je dirais même l'impossibilité, tient à une hyperostose de la malléole interne, qui a été fracturée à sa base, et qui se consolide en augmentant de volume et en formant une saillie intraarticulaire, qui repousse l'astragale en dehors. Quand vous faites l'ostéotomie sus-articulaire, vous arrivez à remettre le pied dans l'axe de la jambe, mais vous laissez toujours cette malléole difforme. Toutefois, je le répète, cette difformité ne doit pas nous inquiéter pourvu que l'axe de la jambe prolongé vienne aboutir en dehors du second orteil. Aboutissant au niveau du premier, le malade souffrira pendant la marche. Or, avec l'ostéotomie, on peut arriver à reconstituer la disposition normale de l'axe du pied par rapport à celui de la jambe.

M. Lucas-Championnière. — Je suis partisan de l'ostéotomie dans les cals vicieux. En règle générale, cette opération me paraît suffisante. Mais pour qu'elle soit bonne, il faut qu'elle soit très complète, et par là j'entends que, dans l'ostéotomie, il faut sectionner largement les os, et au besoin en enlever, faire de véritables résections. A ce prix seulement, vous aurez une bonne réduction ; mais comme l'a dit M. Reynier, il faut arriver surtout à avoir l'axe de la jambe passant au point normal sans trop s'occuper du plus ou moins de grosseur de l'articulation. Ce qui gêne le plus pour la réduction est l'équinisme que l'on peut trouver dans quelques cas. Mais, je le répète, les résultats seront médiocres si vous faites cette ostéotomie timidement, et l'insuffisance de l'opération est une des raisons pour lesquelles on a critiqué l'opération elle-même.

M. Schwartz. — Je partage l'opinion de M. Reynier; j'ai fait à l'heure actuelle six ostéotomies sus-articulaires; j'ai procédé en enlevant un coin du tibia et, comme le conseille Hennequin, en faisant une ostéotomie oblique du péroné. On arrive ainsi à redresser le pied et à permettre la marche au malade; j'ai eu toutefois dans un cas un mauvais résultat chez un homme âgé, qui présentait une hyperostose énorme de la malléole faisant saillie dans l'intérieur de l'articulation. De plus, il avait une telle raideur articulaire que le résultat fut, je le repète, médiocre.

M. Kirmisson. — Je répondrai à M. Poirier que c'est de la fracture de Dupuytren seule que j'ai voulu parler, et chaque fois que j'aurai un malade de ce genre, c'est à la résection articulaire que je m'adresserai. Chez ma malade, il y avait dans l'articulation une telle saillie osseuse que je n'aurais pu ramener, par la simple ostéotomie, le pied dans l'axe de la jambe, qu'en créant une nouvelle difformité au-dessus de la première; la saillie de la malléole interne serait devenue douloureuse sous la pression du soulier et aurait gêné pour la marche.

Je suis de l'avis de M. Championnière. Les ostéotomies doivent, pour donner de bons résultats, être larges. Si M. Faure n'a pas réussi une première fois, c'est que probablement il n'a pas enlevé suffisamment d'os, et les péroniers allongés par la saillie osseuse se contracturaient. Mais ce ne sera que dans des cas simples que l'ostéotomie pourra suffire.

Présentations de malades.

Carcinome du pylore. Pylorectomie.

M. Hartmann. — Le malade que je vous présente n'est pas encore très gras, n'a pas une mine florissante, cependant il est transformé depuis une pylorectomie que j'ai pratiquée sur lui il y a vingt-six jours.

A ce moment, il vomissait depuis le printemps dernier, et à peu près tout depuis quelques mois. On trouvait à droite de la ligne médiane, s'enfonçant jusque sous le rebord costal, une tumeur située à l'extrémité d'un estomac extrêmement dilaté.

Le 19 janvier 1898, j'ai fait à ce malade la pylorectomie suivant le procédé de Kocher. Dès le soir de l'opération, j'ai commencé l'alimentation liquide, puis solide au bout de quelques jours. Les vomissements avaient cessé dès l'opération et ne se sont jamais reproduits depuis lors. Le malade actuellement mange, et avec un appétit considérable, tout ce que peut lui fournir l'administration hospitalière. Il a déjà regagné, pendant ces quatre semaines, 2,110 grammes.

Résection tibio-tarsienne.

M. Hartmann. — La question du traitement des tuberculoses articulaires se trouvant en quelque sorte à l'ordre du jour de la Société de chirurgie, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant de vous présenter le résultat éloigné d'une résection tibio-tarsienne que j'ai pratiquée, le 4 novembre 1896, sur une fillette de quinze ans et demi, aujourd'hui âgée de 17 ans. Le résultat est excellent; il est vrai de dire qu'il s'agissait d'un bon cas : jeunesse du sujet, évolution lente des lésions.

La maladie avait commencé vers l'âge de sept à huit ans. D'abord un peu abandonnée à elle-même, elle avait ensuite été traitée par la pose d'appareils plâtrés, des pointes de feu répétées. Par périodes, la malade allait mieux, et marchait un peu avec des béquilles. A diverses reprises, elle eut des abcès, en particulier sur la région externe du cou-de-pied.

Lorsqu'elle s'est soumise à nos soins, les trajets fistuleux étaient fermés, mais il existait une tuméfaction fongueuse de tout le cou-de-pied, le tibia et le péroné étaient indolents à la pression, mais la région astragalienne était très douloureuse. Il n'y avait que quelques mouvements limités dans l'articulation.

Le 4 novembre 1896, nous pratiquions la résection tibio-tarsienne par la double incision d'Ollier. Après ablation de l'astragale, nous curettions le tibia, cautérisions fortement les parties et tamponnions la plaie à la gaze iodoformée.

Le 1er décembre, nous faisions le premier pansement et enlevions la gaze iodoformée; le 18, le deuxième pansement; le 19 janvier, la malade quittait l'hôpital; les plaies opératoires étaient entièrement fermées; il existait quelques mouvements de flexion et d'extension.

Depuis cette époque, la malade n'a plus été alitée et à aucun moment il n'y a eu de nouvelle poussée. Aujourd'hui, quinze mois après l'opération, l'état de la malade est toujours bon. Le cou-de-pied est partout souple, sans trace de fongosités; l'articulation nouvelle présente des mouvements de flexion et d'extension, une nouvelle mortaise s'étant reconstituée.

M. Lucas-Championnière. — Je fais remarquer que c'est une résection incomplète de l'articulation, les malléoles sont restées en place. Ce n'est pas que je veuille critiquer le résultat, qui est très bon, mais je fais cette remarque pour expliquer pourquoi il n'existe pas de mouvements de latéralité.

M. Hartmann. — Je suis de l'avis de M. Lucas-Championnière, et c'est pour cela que j'ai respecté les malléoles en enlevant l'astragale, et en évidant la mortaise tibiale en dedans.

Présentation de pièces.

Rétrécissement du rectum et du côlon descendant.

M. Gérard-Marchant. — Je vous présente une pièce de *rétrécissement du rectum*, de l'S *iliaque* et du côlon descendant, s'arrêtant à 10 centimètres de l'angle formé par le côlon transverse et le côlon descendant. Cette pièce est exceptionnelle, sinon unique, puisque dans le cas de Hahn, le rétrécissement était de 25 centimètres, tandis qu'ici, il est de 42 centimètres.

Cette pièce provient d'une femme entrée une première fois dans mon service, il y a dix-huit mois, pour des fistules *recto-anales* multiples très suintantes et odorantes, s'accompagnant d'une gêne extrême pour aller à la garde-robe. Les lésions ressemblaient à ce point à celles de l'épithélioma, que ce diagnostic fut porté par mes internes. Je pensai à un rétrécissement syphilitique, j'instituai un traitement par le sirop de Gibert, une médi-

cation locale et, en moins de deux mois, cette malade quittait mon service à ce point améliorée par le traitement, que le diagnostic syphilis n'offrait plus de doute pour aucun des assistants. Que devint-elle après sa sortie, je l'ignore? Mais il y a quelques semaines, elle m'était renvoyée de l'hôpital Saint-Louis, avec le diagnostic épithélioma rectal. Elle était dans un état de cachexie extrême, perdant du pus par de nombreuses fistules en arrosoir péri-anales, souffrant, ne mangeant pas et n'allant plus que difficilement à la garde-robe. Elle succombait à cette cachexie, malgré nos bons soins, et voici le résultat de l'autopsie :

A l'ouverture du ventre, on ne remarque rien d'anormal à la surface du péritoine : coloration normale; la séreuse est parfaitement lisse, l'intestin ne présente pas d'altérations apparentes.

Il existe un kyste de l'ovaire ou plutôt une dilatation kystique de l'ovaire droit d'un volume égal à une petite tête de fœtus, contenant un liquide clair, citrin.

On coupe la symphyse pubienne, et, après écartement des os iliaques, on détache toute la zone celluleuse entourant le rectum jusqu'à sa partie inférieure. L'orifice anal est circonscrit par une incision circulaire.

La section, au niveau de la marge de l'anus, crève une poche purulente péri-rectale d'un demi-verre de pus environ; quelques hémorroïdes. La peau des fesses est rouge, cartonnée. En enlevant le rectum, on est frappé de l'abondance extrême de tissu graisseux qui l'entoure; l'intestin est capitonné en arrière et sur les côtés par une nappe graisseuse, de consistance normale, dans l'épaisseur de laquelle on ne trouve ni plaques indurées, ni ganglions. Croyant que les lésions sont localisées au rectum, on coupe au niveau de l'anse sigmoïde : les orifices de section se montreut très rétrécis; l'index y pénètre à frottement.

On fend le rectum sur toute sa longueur à l'entérotome; la section ne se fait pas facilement, les parois résistent.

Après étalement, on voit que toute la surface interne de l'intestin est tapissée par une muqueuse irrégulière, rugueuse au toucher, ne glissant pas, d'aspect cicatriciel.

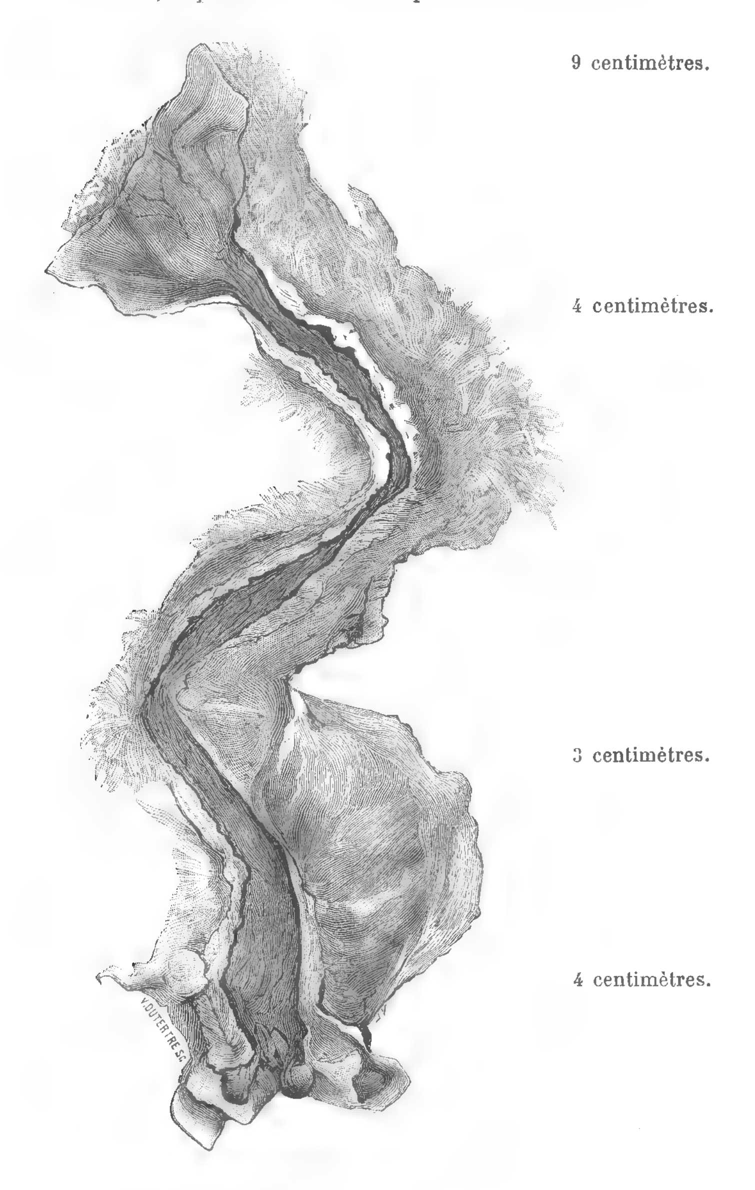
L'épaisseur de la paroi rectale est très augmentée; en quelques points plus rétrécis, elle est de un centimètre.

La sténose est uniforme; il n'existe pas de brides donnant lieu à un rétrécissement en virole.

L'ampoule rectale a disparu, envahie par le processus de rétrécissement. Pas d'ulcération. — On passe ensuite à l'examen du côlon descendant, les lésions constatées sur le rectum se prolongent jusqu'à environ 10 centimètres au-dessous de l'angle du côlon transverse et descendant.

La ligne de séparation de la zone saine et de la zone malade est nettement indiquée par un changement d'aspect de la muqueuse; celle-ci, au delà du rétrécissement, devient lisse, souple, et le calibre de l'intestin reprend ses dimensions normales.

La surface interne du côlon descendant ressemble tout à fait à celle du rectum ; l'épaisseur de ses tuniques est considérable.



Pas de ganglions appréciables dans le méso-rectum, méso-côlon, mésentère.

Le rétrécissement s'étend sur une longueur de 42 centimètres.

Les dimensions transversales sont un peu variables suivant les points examinés.

Au niveau de l'ampoule rectale, la circonférence interne du conduit mesure, après étalement aussi complet que possible, 4 centimètres.

Au-dessus de l'ampoule, le calibre se réduit à 3 centimètres; à la partie toute supérieure, on constate un élargissement de 1 centimètre.

Ces mensurations ne sont pas rigoureusement exactes par suite de la difficulté que présente le déplissement des parois de l'intestin.

Immédiatement au-dessus de la limite supérieure du rétrécissement, le côlon mesure 9 centimètres de circonférence (1).

Le *foie* est normal ainsi que la rate.

Rien à l'*estomac.*

Les *reins* sont de gros reins blancs de néphrite parenchymateuse, se laissant décortiquer facilement; à la coupe, leur surface interne est décolorée; les pyramides sont très hypertrophiées.

Poumons. Hépatisation rouge des deux bases; emphysème à la partie antérieure. Pas de tubercules.

Rien au cœur.

L'examen histologique à été fait avec grand soin par M. Jousset, interne des hôpitaux.

Examen macroscopique. — Deux fragments nous ont été remis. On remarque sur chacun d'eux un notable épaississement de la paroi rectale qui mesure à peu près 1 centimètre, cette paroi est ferme dans les doigts; la section au scalpel y fait déjà voir une zone blanchâtre, lardacée, très brillante, confinant à la muqueuse, ayant environ 3 millimètres d'épaisseur, et que le microscope montrera être une bande scléreuse.

Technique. — Durcissement à l'alcool, inclusion à la paraffine, colorations à l'hématoxyline-éosine et à la thionine. Essais de coloration de bacille de Koch, par la méthode d'Erlich.

Fragment A. — D'après la disposition générale de la muqueuse, ce fragment semble appartenir à la région ano-rectale. L'épithélium y est polyédrique à deux ou trois couches, sans aucun vestige d'éléments

(1) *Dimensions moyennes du segment terminal du gros intestin.* — Longueur. De l'angle du côlon transverse à l'anus : en moyenne, 75 centimètres, ainsi répartis :

Rectum : 16 à 17 centimètres; côlon pelvien, 30 centimètres; côlons descendant et iliaque, 30 centimètres.

Ces mesures sont approximatives, la longueur respective de ces segments variant beaucoup d'un sujet à l'autre.

Les variations sont surtout frappantes pour le côlon pelvien. Sa longueur oscille entre 12 et 58 centimètres (Jonnesco).

D'après ces données, on peut, ou bien envisager la pièce de rétrécissement du rectum comme un gros intestin anatomiquement plus court que dans les cas normaux, ou bien supposer qu'un travail de sclérose analogue au processus sténosant en a réduit les dimensions dans le sens de la longueur.

Les côlons descendant et iliaque présentent une circonférence externe de 14 centimètres (Cruveilhier); le côlon pelvien, 17 centimètres (Cruveilhier); le rectum, 17 centimètres; l'ampoule étant susceptible de subir une ampliation énorme.

cylindriques; il n'y a pas de mamelonnement dermo-papillaire ; le revêtement épithélial est régulier dans son type et son épaisseur. Tout fait donc supposer (malgré l'existence sur les confins de la préparation d'une légère fente ulcéreuse), que cet aspect n'est pas celui d'une modification pachydermique inflammatoire, mais répond à l'aspect régulier de la muqueuse.

La muqueuse semble donc normale tout au moins à sa superficie; quant à la fente, profonde de 2 ou 3 millimètres, qu'on remarque sur les bords de la préparation, l'épithélium y est légèrement déformé, arrondi, globuleux, un peu plus stratifié, quelques cellules sont éboulées dans l'infractuosité formée, que comblent au fond des cellules embryonnaires, infiltration légère, qui ne pénètre presque pas dans les tissus, mais borde seulement la petite zone ulcérée.

Répartition des lésions. — Lorsqu'on examine avec un faible grossissement (Obj. 2, Oc., 1 Verich.), la disposition d'ensemble de la coupe, on voit que toutes les altérations prédominent dans la sous-muqueuse, c'est exactement à mi-distance des deux surfaces limitantes de la paroi rectale que siègent les lésions maxima.

Toute la sous-muqueuse, quadruplée d'épaisseur, présente, en effet, une coloration spéciale où alternent les bandes claires rosées (éosine), et les bandes sombres à pointillé noirâtre (hématoxyline); le processus inflammatoire ne s'arrête pas à cette couche, englobant dans la musculeuse la couche des fibres circulaires, il s'arrête nettement à la couche des fibres longitudinales absolument respectées. Du côté de la muqueuse, au contraire, il n'y a pas de démarcation nette, les lésions semblent arrêtées à l'emplacement que devrait occuper la muscularis mucosæ, mais cette bandelette n'existe plus, muqueuse et sous-muqueuse sont donc fusionnées, mais l'infiltration s'atténue progressivement dans cette région de passage, pour cesser complètement au voisinage de l'épithélium.

Détail des lésions. — Les altérations scléreuses, dans la zone envahie par le processus pathologique, l'emportent de beaucoup sur les altérations que traduit l'infiltration embryonnaire. Les bandes scléreuses très épaisses semblent au premier abord jetées au hasard par-dessus les îlots d'infiltration, mais la disposition des vaisseaux, notamment des veines dont les parois extraordinairement épaissies se retrouvent partout où le tissu fibreux est abondant, formant comme le squelette de cette trame scléreuse, montre que les lésions sont ordonnées, systématiques, et témoigne de leur origine vasculaire.

Quant aux groupes intermédiaires de cellules embryonnaires, ils ne sont nulle part nettement délimités, ordonnés en nodules, à part quelques petits foyers à contours très diffus, qui parsèment les régions où le tissu conjonctif est resté lâche ; les noyaux sont assez nettement colorés.

Nulle part on n'observe d'ordonnancement folliculaire, nulle part de lésions nécrotiques, enfin, pas de cellules géantes (un essai de coloration de B. de Koch est demeuré infructueux), rien qui rappelle les lésions du rétrécissement tuberculeux.

Fragment B. — Il semble appartenir à une région plus élevée du rectum, l'épithélium y est cylindrique, et on y aperçoit quelques glandes tubulées.

La dégénérescence scléreuse de la paroi est presque identique à celle du fragment A. Cependant les lésions vasculaires sont surtout groupées autour des artères. Dans le fragment inférieur, nous avions surtout de la périphlébite (peut être aussi de l'endophlébite). Ici l'endartérite est prédominante, la lumière des artérioles est presque obstruée, les vaisseaux ne sont plus que des parois d'où partent les tractus scléreux. — Il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse, qui semble encore plus saine que celle du fragment A.

Conclusions. — L'absence des éléments caractéristiques déjà signalés du rétrécissement tuberculeux (follicules, cellules nécrosées, cellules géantes), fait éliminer celui-ci.

S'agit-il au contraire d'un rétrécissement inflammatoire diffus à point de départ muqueux, ou du rétrécissement syphilitique ordinaire?

La diffusion de la sclérose dans la muqueuse, la disparition de la muscularis mucosæ, l'existence même d'une petite ulcération pourraient un moment faire supposer qu'il est question ici de rétrécissement inflammatoire simple; mais, la zone primitivement malade n'est pas la muqueuse, qui jouit en certains points de son intégrité anatomique (fragment B.), et qui même dans ses parties altérées ne l'est pas superficiellement, semblait au contraire avoir subi un envahissement scléreux émané de la profondeur. C'est au contraire aux vaisseaux qu'il faut attribuer tout le mal, l'irritation est venue par voie sanguine, comme c'est généralement la règle pour le rétrécissement syphilitique.

Nous croyons donc à un rétrécissement syphilitique, et de par l'aspect des lésions, prédominance de la sclérose sur l'infiltration, à un rétrécissement déjà ancien. (Jousset).

Ce fait est des plus intéressants; il nous montre l'étendue possible des rétrécissements du rectum, la nécessité d'en faire un examen attentif avec des instruments appropriés avant de proposer l'extirpation. Dans le cas particulier, la seule intervention possible eût été la cæcotomie.

M. Ricard. — J'ai observé sur le vivant un cas de rétrécissement du rectum analogue à celui que nous a présenté M. Gérard-Marchant; il s'agissait d'un malade opéré jadis par Billroth, pour un rétrécissement du rectum, il lui avait fait un anus lombaire. Cet anus fonctionnait très bien, le malade allait régulièrement à la garde-robe et pouvait garder ses matières. Le toucher rectal indiquait que le rectum était libre sur une certaine étendue; je crus devoir essayer par une laparotomie de guérir ce malade. Or, cette opération nous montra qu'il existait un rétrécissement de la partie supérieure du rectum s'étendant sur une assez

grande longueur; au-dessus du rétrécissement, entre lui et l'anus contre nature. l'intestin était dilaté et servait de réservoir fécal; ce fait était probablement dû au bon fonctionnement de l'anus contre nature. Le rectum était entouré d'une gangue inflammatoire péri-rectale qui fit que je dus refermer le ventre et me contenter de cette simple exploration, ayant constaté sur le vivant ce que M. Gérard-Marchant vient de nous montrer comme pièce anatomique. Mon observation montre, en outre, que l'anus de Callisen peut dans ces cas donner de très bons résultats.

M. Routier. — J'ai observé chez Gosselin, dont j'étais le chef de clinique, un rétrécissement du rectum qui à l'autopsie présentait au moins 22 centimètres de longueur; il y en avait autant d'ulcéré au-dessus. Ce rétrécissement avait été classé comme rétrécissement syphilitique, était depuis de longues années dans le service, et avait subi nombre de dilatations.

M. Berger. — J'ai présenté un certain nombre de rétrécissements s'étendant ainsi sur une très grande longueur; entre autres, j'ai une observation d'une malade qui avait un rétrécissement de 20 à 21 centimètres, à laquelle j'avais proposé une colotomie qui ne fut pas acceptée, et je dois dire que la malade vit toujours, son rétrécissement permettant encore le passage des matières.

Sur un second malade, j'ai pratiqué l'extirpation d'un rétrécissement du rectum qui s'étendait de l'anus à l'anse oméga, l'examen histologique démontra que le rétrécissement était syphilitique.

M. Tuffier. — J'ai opéré, à Rueil, un malade, pour un rétrécissement qui allait jusqu'à l'S iliaque, je lui ai fait un anus iliaque et j'ai eu la chance de tomber juste au-dessus du rétrécissement; le malade vide son intestin comme fait l'opéré de Billroth. Ce qui montre que l'anus iliaque, dans certains cas, peut donner de bons résultats.

M. Schwartz. — J'ai un cas analogue à celui de M. Tuffier, où un anus iliaque a permis à un officier de santé de vivre cinq ans sans être trop incommodé par son affection.

Calcul de l'uretère gauche formé d'un noyau urique, entouré d'une couche de un centimètre de pigment sanguin, le tout recouvert d'une enduit urique ; néphrolithotomie.

M. Tuffier. — Ce calcul a été enlevé, à l'hôpital de la Pitié, chez un homme de trente-deux ans, le 8 février dernier. Les accidents douloureux avaient débuté, il y a quatorze ans, sous forme de coliques néphrétiques à gauche, sans expulsion de calculs ; depuis cette époque, il présentait des hématuries peu abondantes mais très souvent répétées. Les douleurs et les hémorragies s'étant accentuées, j'ai dû opérer le malade. La néphrolithotomie m'a conduit sur un calcul situé dans la partie supérieure de l'uretère, immédiatement au-dessous du bassinet. J'ai trouvé difficilement le corps étranger, et j'ai pu l'extraire par la plaie rénale. C'est un calcul mamelonné au volume d'une petite noix. Il n'a d'intéressant que sa structure.

Au centre, il existe un noyau urique du volume d'un noyau de cerise. Autour de ce noyau, une couche dure noire friable formant les trois quarts de sa masse; cette couche noire est du pigment sanguin, noircissant le papier et présentant, suivant l'examen de M. Lextrait, les caractères de ce pigment. Enfin à la périphérie existe une couche calcaire de un millimètre.

Je vous ai présenté, il y a quelques semaines, un rapport sur une pièce de calcul creux du rein; j'ai vu des calculs ayant pour centre un caillot, mais je crois rare la composition complexe que je viens de vous présenter.

Le malade est actuellement guéri.

Cancer du pancréas. — Dilatation de la vésicule biliaire, des canaux cholédoque et hépatique et aussi du canal de Wirsung.

M. Routier. — Les pièces que j'ai l'honneur de vous présenter proviennent d'une femme âgée de soixante-cinq ans qui me fût passée dans les premiers jours de février par mon collègue Rendu.

Cette femme n'était malade que depuis deux mois, elle avait eu des douleurs dans la région du foie, une sensation de faiblesse générale et elle était devenue jaune; quand nous l'avons vue, elle était amaigrie, mais cela n'était pas étonnant, car depuis le début de sa maladie elle était en proie à de telles démangeaisons qu'elle ne dormait plus.

Pendant son séjour chez M. Rendu, elle avait eu de la fièvre variant entre 38 degrés et 39°,8; dès son arrivée dans ma salle, la température tomba.

On sentait et on voyait une tumeur au niveau de la vésicule;

pour toutes ces raisons, nous avons pris de grandes réserves au point de vue du diagnostic ; si le début brusque, si la fièvre pouvaient faire penser à de la lithiase, la tumeur biliaire nous faisait craindre l'existence d'un cancer.

Le 10 février, je fis une laparotomie : la vésicule apparut énorme sans aucune trace d'adhérence ; j'en retirai 570 grammes d'un liquide incolore filant, et 4 calculs anguleux, rugueux ; je dégageai la vésicule de ses connexions avec le foie, je finis par l'isoler, et pus la lier au collet et la réséquer.

Mais cela fait, je vis dans le fond, une sorte de poche portant sur sa partie visible la trace de la ligature du collet de la vésicule, cette poche semblait sortir du foie, et se reliait à l'intestin, je pus la séparer de celui-ci ; ma conviction fut alors qu'il s'agissait des canaux hépatique et cholédoque distendus. J'ouvris cette poche, j'en retirai 250 grammes de liquide filant verdâtre, et je la drainai.

A ce moment seulement j'arrivai à sentir, presque sur la ligne médiane, un noyau dur mais très mobile, et je pensai qu'il s'agissait d'un noyau néoplasique de l'épiploon ou de l'intestin. La malade s'est éteinte, sans réaction, deux jours après. L'autopsie nous a montré qu'il s'agissait d'un cancer de la tête du pancréas. L'intestin est sain partout ; mais non seulement le cholédoque et les canaux hépatiques sont dilatés de façon à recevoir un œuf de dinde, mais encore cette dilatation se poursuivait fort loin dans le foie, et on retrouvait ces mêmes lésions dans le pancréas ; le canal de Wirsung est dilaté de façon à admettre le pouce. L'ampoule de Water, saine, était comprimée, mais non obstruée.

Ceci est encore une confirmation de la loi de Courvoisier.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une pièce qui me paraît exceptionnelle.

Il s'agit d'une tumeur du rein droit, que j'ai enlevée hier matin par néphrectomie transpéritonéale chez une femme d'une quarantaine d'années, atteinte autrefois de coxalgie, guérie par ankylose avec luxation pathologique.

Cette femme s'était aperçue de la tumeur il y a quelques mois seulement, et avait très nettement constaté, outre les douleurs vives, les maux de reins qu'elle ressentait, qu'elle était mobile, tantôt située à droite, tantôt plus sur la ligne médiane.

L'examen nous fit hésiter entre une tumeur inflammatoire de la vésicule biliaire (la malade avait eu des atteintes de coliques hépatiques sans ictère, il y a deux ans) et une tumeur probablement tuberculeuse de l'épiploon. La sécrétion urinaire étant normale comme quantité et qualité (1 litre passé par jour), nous

n'avions nullement pensé à une tumeur du rein. Il s'agit, comme vous le voyez, d'une tuberculose rénale, à forme polykystique; elle est constituée par un assemblage de kystes remplis de matière caséeuse qu'on voit par transparence, qui donnent au mal la physionomie d'un rein polykystique ou d'un énorme lipome multilobé. L'uretère, absolument imperméable, a été sectionné très bas. Le hile a été lié facilement après décortication sous-capsulaire de la tumeur. Cette malade avait, en outre, quarante-sept calculs dans la vésicule biliaire et dans le canal cystique; j'ai pratiqué après l'ablation du rein la cholécystotomie idéale avec drainage.

La pièce sera examinée au point de vue du diagnostic tuberculose, porté aussi par le professeur Cornil.

M. Tuffier. — J'ai opéré un rein tuberculeux analogue à celui-ci; il s'agit, dans ces cas, d'une tuberculose massive du rein qui ne se produit que quand l'uretère est oblitéré. Comme je l'ai dit, l'oblitération de l'uretère produit soit une hydronéphrose tuberculeuse, soit une tuberculose massive du rein.

Lecture.

M. Hagopoff présente des appareils pour la pratique de la gastrotomie, de l'anus artificiel, et lit un mémoire sur l'application de ces appareils, et sur l'uretéro-anastomose.

Le travail est renvoyé à une Commission (MM. Routier, Schwartz et Chaput, rapporteur).

M. Loison lit un travail sur les *abcès du foie.*

Son travail est renvoyé à une commission (MM. Lucas-Championnière, Ricard et Walther, rapporteur).

Élections.

Vote pour l'élection d'un membre titulaire. — 34 votants; majorité absolue : 18.

MM.	Guinard.	28 voix.	Élu.
	Verchère	5 —	
	Delbet	1 —	

Le Secrétaire annuel,
P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1898

Présidence de M. Berger

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix, et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Broca, qui demande un congé pendant les mois de mars, avril, mai et juin, congé nécessité par ses cours à la Faculté de médecine ;

3° Une lettre de M. Guinard, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;

4° Une lettre du Dr Llobel (de Buenos-Ayres), qui nous envoie un ouvrage en deux volumes, intitulé : *Onze années de Pratique chirurgicale*, et pose sa candidature au titre de membre correspondant ;

5° Le travail de M. Fontan, membre correspondant, sur le traitement des *abcès du foie;* ce travail sera lu au cours de la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Picqué. — J'ai suivi avec le plus grand intérêt la communication de M. Kirmisson, et je vous demande la permission de vous communiquer les réflexions qu'elle m'a suggérées.

Je crois que dans le traitement des fractures de Dupuytren très vicieusement consolidées, il faut se garder des formules exclusives, et envisager successivement les cas qui peuvent se présenter.

Quand la malléole interne est intacte, ce qui n'empêche pas la déformation typique de se produire, comme l'a parfaitement indiqué Duplay, dans une récente leçon (*Gaz. des hôpitaux*, 1893),

l'ostéotomie peut réussir, même quand elle ne porte que sur le péroné.

Mais quand cette malléole brisée et consolidée en position vicieuse empêche le retour de l'astragale dans la mortaise, que faut-il faire ? Duplay recommande, dans ces conditions, de pratiquer la résection cunéiforme du tibia. Or, je pense, avec M. Kirmisson, que dans ces cas, comme dans ceux où il existe un troisième fragment, et *a fortiori* une lésion de l'astragale, il faut recourir à la résection orthopédique.

L'état de l'articulation tibio-tarsienne est donc une condition sur laquelle il me paraît nécessaire d'insister, et l'on peut résumer à mon sens les indications de la façon suivante : si l'articulation est mobile, on peut et l'on doit se contenter de l'ostéotomie simple.

Si elle est immobile, c'est à la résection qu'il faudra recourir ; et c'est elle que j'ai toujours pratiquée dans les cas analogues.

Récemment, j'ai eu l'occasion, dans mon service de l'hôpital Dubois, d'y recourir avec succès. Il s'agissait d'une femme de cinquante-sept ans, entrée au mois de juillet 1896, et qui présentait, au moins au point de vue clinique, une ancienne fracture de Dupuytren vicieusement consolidée. Mais la déviation du pied en dehors s'accompagnait d'une subluxation du pied en arrière. Je regrette de ne pouvoir vous présenter le moulage de ce pied, mais vous pourrez constater, sur la radiographie que je vous présente, l'existence de cette subluxation.

L'articulation présentait une immobilité absolue. Je pratiquai donc chez cette malade, par le procédé ordinaire, une résection orthopédique de l'articulation tibio-tarsienne, portant sur l'extrémité inférieure de la malléole interne fracturée et réclinée en dehors.

Je fis en terminant l'extirpation de l'astragale.

Du côté de la malléole péronière, je me contentai de recourir à l'ostéotomie simple, sans pratiquer cette résection spéciale qu'a conseillée M. Kirmisson, dans quelques cas spéciaux. Je dus également sectionner le tendon d'Achille pour achever la correction de l'équinisme.

Le résultat fut excellent au point de vue orthopédique, bien que la malade ne récupéra pas les mouvements de la jointure.

M. Tuffier. — A quel niveau M. Picqué conseille-t-il de faire la section des os ? Dans trois cas, j'ai cru devoir la pratiquer au niveau du cal ; dans deux cas, le résultat a été bon ; dans le troisième cas, où je n'ai probablement pas suffisamment mobilisé, la malade souffre encore en marchant. Le point d'élection de l'ostéotomie me semble logiquement devoir être au niveau du trait de fracture.

M. Quénu. — J'ai pratiqué sept ou huit fois l'ostéotomie; je n'ai pu réduire qu'une seule fois; dans les autres cas, j'ai été obligé d'avoir recours à la résection; il faut surtout s'attacher à remettre le pied dans l'axe de la jambe, et pour y arriver, je suis partisan de la résection tibio-tarsienne dans la majorité des cas.

M. Nélaton. — Je ferai remarquer à M. Picqué que l'épreuve radiographique indiquait non pas à proprement parler une fracture de Dupuytren, mais bien plutôt une luxation du pied en arrière.

M. Picqué. — L'observation de M. Nélaton est fort juste : radiographiquement il s'agit bien d'une luxation en arrière, mais la déviation en dehors existait réellement et l'on peut au point de vue clinique rattacher cette lésion complexe au groupe des fractures de Dupuytren.

M. Nélaton. — La première indication, que fournissait au chirurgien l'examen du malade, était la réduction de la luxation. C'est donc une luxation à laquelle on a eu surtout affaire. S'il y avait fracture, elle devait passer au deuxième plan. Dans les luxations du pied en arrière, il existe toujours des fractures, qui compliquent la lésion, et si j'insiste ainsi, c'est pour qu'on ne range pas cette observation parmi les fractures de Dupuytren.

Communication.

Au sujet des abcès du foie,

par M. le Dr FONTAN.

La Société de Chirurgie vient de consacrer plusieurs séances à la discussion de la question très-importante des abcès du foie.

Elle me permettra de retenir encore son attention quelques instants sur ce sujet, qui est devenu intéressant pour tous, depuis que les expéditions coloniales et le service militaire obligatoire ont disséminé dans toutes les villes de l'intérieur et mis entre les mains de tous les chirurgiens, des exemples de l'hépatite suppurée dysentérique. Chacun de vous a pu maintenant étudier cette redoutable affection, et même en traiter quelques cas.

Vous me permettrez cependant de regarder comme un devoir de vous apporter les résultats d'une pratique personnelle assez

étendue, puisque j'ai pu, depuis vingt ans, étudier soit à la salle de clinique, soit à l'amphithéâtre plus de 150 abcès du foie, et que j'ai pratiqué tout récemment ma 52e opération, suivant la méthode que j'ai instituée, il y a une dizaine années et que j'ai exposée à la Société de Chirurgie en décembre 1893.

Je rappelerai très-brièvement que cette méthode consiste :

1° En une ouverture *très large* faite là où l'on a pu constater la présence du pus ;

2° En une *suture pleuro-pleurale* si l'on traverse la plèvre, et en une suture *hépato-péritonéale*, si l'on n'intéresse pas la cage thoracique ;

3° En une large hépatotomie avec *curettge* méthodique, prudent, mais complet des parois de la poche.

Le lieu d'élection est sur la ligne axillaire ou un peu en arrière, à la hauteur de la 8e, de la 9e ou de la 10e côte, que l'on résèque, dans une longueur de 6 à 8 centimètres.

Je dis que c'est là le lieu d'élection pour plusieurs raisons : d'abord, parce que l'ouverture placée en cette région offre un écoulement déclive et favorable, et enfin parcequ'on s'éloigne ainsi de la zone du hile, qu'on peut appeler la zone dangereuse au point de vue des hémorragies.

Je cherche donc toujours à pratiquer une opération *transpleurale*, et toutes les fois qu'il y a ni adhérences pleurales, ni pleurésie purulente, je pratique avant d'ouvrir l'abcès, une suture *pleuro-pleurale* : c'est-à-dire que j'établis une double ligne de sutures entre la plèvre costale que je viens d'incîser, et la plèvre diaphragmatique qui se présente en regard et dont je saisis un pli à l'aide d'une pince à dents de souris. Entre ces deux surjets, je pratique la section du diaphragme et l'ouverture du foie et j'offre ainsi à la sortie du pus une voie canalisée, qui évite à la fois le pneumothorax et le pyothorax. Faute d'avoir établi cette suture, j'ai perdu il y a quelques années deux malades par pyo-pneumothorax suraigu.

Quant au curettage, que j'exécute avec des curettes utérines, il a pour résultat de débarrasser la poche de toute la boue, de tous les détritus, de toutes les franges sphacélées qui encombrent beaucoup d'abcès du foie, et dont l'élimination spontanée impose à des hommes souvent épuisés par la maladie, une convalescence longue et périlleuse.

La pratique du curettage a été critiquée, mais elle ne l'a guère été que par des chirurgiens qui ne l'ont ni vu employer, ni essayée et qui ont énoncé contre elle des arguments théoriques.

J'ai déjà montré ailleurs pourquoi le curettage ne produit ni hémorragie ni cholerragie, tous les vaisseaux sanguins et les

canaux biliaires étant thrombosés et j'affirme une fois de plus que l'action de la curette n'a jamais, en fait, provoqué aucune hémorragie.

La guérison est beaucoup plus prompte avec le curettage, et je montre chaque jour, dans les hôpitaux de Toulon, des exemples de ces cures rapides que la simple ouverture ne saurait obtenir.

J'ai encore entre les mains un officier de l'armée de Madagascar qui a eu deux très vastes abcès du foie, indépendants, ouverts tous les deux à un mois de distance avec résection de la 8e et de la 9e côte, large incision diaphragmatique, etc.

Le 2e abcès, franchement curetté, a guéri en moins d'un mois, tandis que le premier, dont les diverticules n'avaient pas été méthodiquement grattés par la curette, donne encore aujourd'hui après deux mois de traitement, des détritus hépatiques volumineux, dont l'élimination difficile ramène souvent des accès de fièvre.

La pratique que je décris ici en ces quelques mots est tellement satisfaisante pour ceux qui assistent à l'opération et à ses suites, qu'elle s'est imposée dans les milieux maritimes et que chaque jour mes camarades ou mes élèves viennent joindre d'excellents succès à ceux qui me sont personnels.

Voici d'ailleurs des chiffres qui sont éloquents :

En 1895 (1), je disais que la méthode du curettage m'avait donné 17 guérisons sur 21 opérés, ce qui faisait une proportion de 85 succès sur 100; or, j'ai à l'heure actuelle opéré 31 nouveaux abcès hépatiques par la même méthode sans aucun insuccès; je reste avec mes 4 premiers échecs sur 52 curettages (soit 92 guérisons pour 100 opérations).

Je suis revenu sur cette question de l'ouverture large de la suture, du curettage, parce que le traitement de l'abcès du foie a cessé d'être aujourd'hui une spécialité du médecin de la marine ou de l'armée; mais il me semble que, d'une façon générale, cette cure chirurgicale n'a plus besoin d'être mise en discussion; il serait vraiment puéril de venir découvrir aujourd'hui qu'il faut traiter ces suppurations par des opérations larges et hâtives.

Ce qui nous préoccupe davantage, dans les milieux où nous voyons fréquemment ces abcès, ce sont les procédés spéciaux applicables aux cas particuliers; c'est la recherche des diverses situations de l'abcès ; c'est l'opération à faire suivant qu'il y a eu migration thoracique (pleurale, pulmonaire, médiastine...) ou bien abdominale (péritonéale, intestinale, néphrétique, etc.).

Ainsi, dans la forme assez fréquente d'abcès en gourde, avec

(1) *Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds*, par L.-E. Bertrand et J. Fontan. Paris. Soc. d'Ed. sc., 1895.

évacuation partielle par la voie pulmonaire et persistance de deux poches, l'une dans le foie, l'autre à la base du poumon, avec large ulcération diaphragmatique, comment obtenir nne bonne et complète évacuation du pus par une opération? Faut-il ouvrir l'abcès du foie comme s'il n'avait pas émigré dans les bronches? Faut-il attaquer plus directement la poche sus-diaphragmatique? Faut-il drainer de l'un à l'autre à travers le diaphragme? Ne doit-on pas agir différemment suivant que la plèvre est déjà enflammée par voisinage, ou même remplie de pus?...

Voilà un certain nombre de points qui doivent être mis à l'étude, et je me promets, quant à moi, de vous apporter prochainement le résultat de mes recherches et de mes interventions chirurgicales, dans quelques-unes de ces migrations.

La discussion de cette communication est remise à la prochaine séance.

Rapports.

I. — *Arthrotomie pour une luxation ancienne de l'épaule.* Observation par M. Delagenière (de Tours).

Rapport de M. NÉLATON.

Messieurs, M. Delagenière (de Tours) vous a adressé une observation de luxation de l'épaule traitée par l'arthrotomie, et il a fait suivre cette observation de réflexions intéressantes relatives à la réduction des luxations anciennes de l'épaule.

Voici comment peut se résumer l'observation de M. Delagenière :

Un homme monté sur un tombereau de pierres tombe entre la voiture et sa roue. Il se fait une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule gauche compliquée d'une fracture de l'épine de l'omoplate, et d'une luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Il résulte de cette fracture, et de cette luxation simultanées un affaissement de la voûte acromiale, qui est entraînée en bas.

En même temps, et je ne signale ces faits que pour mémoire, le malade s'est fracturé deux côtes, et a éprouvé un traumatisme du rachis qui a provoqué une saillie des apophyses épineuses cervicales entraînant une certaine déviation de la tête à gauche.

La luxation ne fut pas réduite immédiatement. Quelques tentatives furent faites pour remettre l'os en place seulement

deux mois et demi après l'accident, mais ces essais ne donnèrent aucun résultat.

M. Delagenière vit le malade trois mois et demi après l'accident, et constata l'état suivant :

La tête humérale était luxée en position de luxation sous-coracoïdienne, l'acromion était déplacé en bas, et le moignon de l'épaule présentait d'avant en arrière trois saillies. L'antérieure « effaçant le creux sous-claviculaire entre le deltoïde et le grand pectoral est très accentuée chez cet homme fortement musclé. Elle est constituée par la tête humérale déplacée.

« La moyenne, à égale distance des deux autres, est formée par l'extrémité externe de la clavicule. Enfin, la saillie postérieure plus élevée que les précédentes et franchement en arrière du moignon de l'épaule est constituée par l'épine de l'omoplate cassée et basculée.

« Les mouvements communiqués sont très douloureux et limités. On peut déplacer le bras de 20 degrés environ dans le sens antéro-postérieur et de 30 degrés dans l'abduction. »

M. Delagenière conseilla l'intervention immédiate qu'il exécuta le 19 octobre, trois mois et demi après l'accident :

Il fit d'abord une incision en arrière sur la saillie formée par l'épine de l'omoplate fracturée, découvrit le cal de cette fracture le fendit au ciseau et essaya mais vainement de remonter l'acromion. Il se contenta donc de réséquer la pointe du fragment de l'épine qui faisait une forte saillie sous les téguments et ferma la plaie.

S'adressant alors à la luxation, il se porta en avant, découvrit la tête luxée par une incision longitudinale de 10 centimètres, parallèle aux fibres du deltoïde, il sectionna la capsule en avant ainsi qu'une partie du tendon du sous-scapulaire et essaya vainement de réduire, il détacha alors la capsule de toutes ses insertions postéro-externes à la tête, coupant non seulement la capsule mais les insertions des muscles trochantériens. Cette section donna de la mobilité à la tête. Mais M. Delagenière ne put réduire qu'après avoir encore débarrassé la cavité glénoïde de « fongosités », d'épaississements capsulaires, qui l'encombraient. L'opération avait duré deux heures.

Le malade guérit sans complications et sortit le 26ᵉ jour. A ce moment : « Les mouvements de l'épaule ont, lorsqu'ils sont provoqués, une amplitude à peu près normale.

« Lorsque le malade les exécute lui-même, ils sont beaucoup plus limités et deviennent douloureux. Les douleurs spontanées existent toujours et s'accompagnent de fourmillements dans les doigts. Elles sont disséminées dans tout le membre supérieur ».

Ne pouvant les rattacher au département d'un tronc nerveux quelconque, M. Delagenière se demande si elles ne sont pas provoquées par la compression occasionnée par une vertèbre cervicale déviée.

Somme toute, ainsi que le déclare M. Delagenière, le résultat fut loin d'être parfait et l'auteur nous dit qu'il ne publie ce cas qu'en raison des conclusions qu'il pense pouvoir en tirer au point de vue opératoire.

Se rapportant à un travail que j'ai publié dans les *Archives générales de médecine* en 1888, M. Delagenière pense comme moi qu'il existe deux conditions dans lesquelles le chirurgien rencontre des difficultés à réduire une luxation ancienne.

La première de ces conditions est représentée par l'étranglement de la tête humérale herniée entre les lèvres de la déchirure capsulaire, qui lui a livré passage. L'épaississement plastique de ces lèvres produit leur resserrement et l'étranglement qui en résulte est le seul obstacle à la réintégration de la tête, car si on vient à couper ou à rompre l'une d'elles la tête reprend aussitôt sa place et remplit sa capsule.

Ce n'était point cette cause d'irréductibilité qui se rencontrait là.

La deuxième condition se réalise plus tardivement, lorsque la totalité de la capsule s'est épaissie, rétractée, qu'elle a contracté des adhérences avec la plaie, en un mot quand la tête a perdu droit de domicile dans sa cavité.

Or, c'était à cette deuxième variété de luxation irréductible que M. Delagenière avait affaire : pour remettre la tête en place, il dut détacher la capsule de presque tout le pourtour de la tête humérale et nettoyer la plaie des épaississements qui l'encombraient.

Voici quelles réflexions lui inspira son opération. Il faut, dit-il :

1° Aborder l'articulation à travers le deltoïde directement sur la tête luxée.

2° Détacher les adhérences que cette tête a pu contracter dans sa nouvelle position.

3° Désinsérer les muscles de la grosse tubérosité et prolonger, si besoin est, l'incision sur la partie postérieure de la capsule.

4° Enlever soigneusement les fongosités que l'on pourrait, comme nous, rencontrer dans la cavité glénoïde déshabitée.

Ces conclusions sont, à peu de choses près, celles auxquelles j'étais arrivé dans la première édition du *Traité de chirurgie.*

Mais aujourd'hui, quelques exemples analogues à celui produit par M. Delagenière, la discussion qui eut lieu dans cette enceinte en 1895, ont éclairé la question et me font penser que ces conclusions peuvent être modifiées.

Une luxation de l'épaule peut présenter des difficultés de réduction dans trois cas différents :

1° Tout de suite après sa production. Immédiatement ou dans les deux ou trois jours qui suivent l'accident, on a vu des luxations de l'épaule résister aux manœuvres les mieux conduites sous le chloroforme et en employant des tractions bien supérieures à celles qui sont généralement nécessaires.

Ces luxations *primitivement irréductibles* sont exceptionnelles ; il en est cependant un certain nombre d'exemples irréfutables. Quelle est la cause de l'irréductibilité ? Les uns la rapportent à l'interposition d'un tendon, d'autres à un débris de capsule. Je ne sais quelle est cette cause et ne crois pas qu'il y ait d'autopsie permettant de la préciser.

Mais ce qu'il y a de certain, c'est que, dans les premiers jours qui suivent l'accident, cette cause sera facile à lever par l'arthrotomie et que c'est à cette opération simple en pareil cas qu'il faudra recourir.

2° Une luxation, au bout de quinze jours et plus, devient difficile à réduire : c'est à ce moment et jusque vers la sixième semaine que les difficultés de réduction sont dues à l'étranglement de la tête humérale par les lèvres de la déchirure capsulaire.

L'indication est donc, à cette époque, de rompre une de ses lèvres pour permettre la réintégration de la tête dans sa cavité ; c'est ce qui a été fait bien des fois avec succès, et on peut dire que la plupart des cas anciennement traités et guéris par les tractions appartenaient à cette variété anatomique.

Cette rupture peut être obtenue par des mouvements secs de rotation imprimés à la tête sous une traction de 100 kilogrammes. Si on ne réussit point par ces manœuvres qui n'ont rien d'exagéré, il faut essayer, par une simple arthrotomie avec division de l'une des lèvres de la boutonnière étranglante, de remettre la tête en place.

L'opération à cette époque sera encore généralement simple, elle se fera vite, sans délabrement, donnera une guérison rapide et permettra la mobilisation prompte de la jointure.

3° Il en va tout autrement, je pense, dans les cas d'une troisième catégorie à laquelle appartenait le malade de M. Delagenière, cas où la cavité articulaire est comblée par la rétraction et l'épaississement de la capsule et de ses débris. Dans ces cas-là, c'est une opération longue, pénible, qui est nécessaire pour remettre l'os en place (deux heures, dans le cas de M. Delagenière).

Lorsqu'on y arrive, les mouvements ne sont pas faciles à rétablir. Ils restent habituellement très limités, alors même que pen-

dant de longs mois on a mobilisé la jointure aux prix de dures souffrances.

C'est à ces cas-là que s'applique absolument l'opinion de M. Championnière, qui repousse aussi bien la pratique des tractions que l'arthrotomie et qui conseille la résection humérale d'emblée.

La résection donne, en effet, des résultats bien meilleurs que l'arthrotomie et elle est autrement simple — les mouvements sont plus étendus, le traitement consécutif beaucoup moins compliqué et beaucoup moins douloureux — il n'y a qu'avantages. Aussi la question me paraît-elle jugée pour les cas de la catégorie dont nous parlons.

Je ne saurais cependant terminer ce rapport sans faire remarquer que les conclusions auxquelles j'arrive en ce moment ne sont que des déductions; des conclusions tirées du raisonnement. Aussi j'aurais voulu appuyer les propositions précédentes sur un relevé d'observations, mais je n'ai pu le faire, car dans les statistiques d'arthrotomies ou de résections qui existent et qui sont assez nombreuses, il est impossible d'établir nettement à quelle variété d'irréductibilité le chirurgien a eu affaire.

Je voudrais aussi dire que je n'ai pas d'expérience personnelle sur la question, bien que je m'en sois particulièrement occupé. Je n'ai plus fait d'intervention sanglante pour des luxations de l'épaule, depuis 1888. Est-ce à dire que je n'ai plus rencontré de luxations de l'épaule irréductibles ? Non, j'en ai vu, au contraire, une dizaine ; la dernière, ce matin même. Or, je dois dire qu'aucune de ces luxations — sous-acromiale, sous-coracoïdienne ou intra-coracoïdienne — n'entraînait d'impotence du membre. Toutes celles que j'ai rencontrées permettaient aux malades de continuer facilement leur métier. Seul le mouvement qui consiste à porter la main sur la tête était légèrement diminué; et, en présence de ces gens qui d'ailleurs ne demandaient aucunement une intervention, je n'ai rien fait, parce que je pensais ne pas pouvoir leur donner mieux que ce qu'ils avaient.

Je ne voudrais en aucune façon que cette dernière affirmation fût interprétée d'une façon absolue, et que vous pensiez que, dans le cas de luxation de l'épaule difficile à réduire, je crois que le mieux est de ne rien faire.

J'estime, au contraire, que dans les premières semaines qui suivent la luxation, un chirurgien doit remettre la tête en place et faire l'arthrotomie immédiatement s'il rencontre des difficultés de réduction, parce qu'à ce moment, il pourra rétablir la jointure dans son intégrité.

Mais je crois aussi qu'au bout de deux mois, par exemple, ou même plus tôt, l'arthrotomie ne suffisant plus et la résection étant l'opération qui s'impose, le chirurgien devra consciencieusement examiner le cas.

Il y a des malades impotents, il faudra les opérer et laisser tranquilles ceux qui ont une certaine étendue de mouvement : car cette mobilité augmentera et permettra des manœuvres de force peut-être mieux qu'un membre réséqué.

Et pour me résumer, je dirai : l'arthrotomie me paraît être l'opération de choix, dans les premières périodes d'une luxation irréductible de l'épaule. Plus tard, c'est à la résection qu'il faut recourir, mais alors seulement que les mouvements sont limités ou douloureux.

— Messieurs, je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Delagenière et de déposer son manuscrit dans nos archives et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

— La discussion est remise à la prochaine séance. Les conclusions du rapport sont adoptées.

II. — 1° *Calculs salivaires extraits du canal de Wharton*, par M. le Dr Loison, professeur agrégé au Val-de-Grâce;
2° *Recherches expérimentales sur le mode de formation des calculs biliaires*, par M. le Dr R. Mignot, ancien interne des hôpitaux.

Rapport de M. Henri HARTMANN.

Vous m'avez chargé de faire un rapport sur deux travaux qui vous ont été communiqués, l'un, par notre confrère de l'armée, le Dr Loison; l'autre, par mon élève et ami, le Dr Mignot. Tous deux ont trait à la question, encore si obscure, de la *pathogénie de la lithiase :* de la lithiase salivaire dans un cas, de la lithiase biliaire dans l'autre.

Le malade de M. Loison est un sapeur-pompier, âgé de vingt-trois ans qui, si on l'en croyait, porterait, depuis sa plus tendre enfance, une tumeur sublinguale; cette tumeur se serait, de temps à autre, compliquée de douleurs et d'un léger gonflement de la région sous-maxillaire droite, sans coliques salivaires au moment des repas.

Sur le trajet du canal de Wharton, on trouve, à droite, soulevant une

muqueuse blanc jaunâtre, une tumeur du volume d'une petite noisette, dure, mobile, commençant à 4 ou 5 millimètres de l'ostium et se continuant en arrière avec une deuxième tumeur allongée suivant la direction du canal. L'ostium a son aspect normal; la salive, de ce côté, est aussi limpide que celle du côté opposé; la pression ne fait pas sourdre de muco-pus.

Le 25 octobre 1897, M. Loison excise la muqueuse sur le gros calcul qui sort immédiatement; puis, agrandissant un peu l'incision, il retire, par expression, les autres calculs. Les suites opératoires sont simples et le malade guérit sans incident.

Les calculs, au nombre de quatre, ont une surface un peu rugueuse, une coloration d'un blanc légèrement jaunâtre. A la coupe, ils sont friables, et offrent une structure légèrement stratifiée; des couches blanchâtres alternent avec des couches jaunâtres, le centre est brun, presque mou.

L'analyse chimique, faite par M. Ehrmann, pharmacien au Val-de-Grâce, donne les résultats suivants : par la calcination, il se dégage une odeur de corne brûlée et la masse se réduit de moitié, ce qui indique qu'elle se compose de parties à peu près égales de matières organiques et de matières minérales. On y constate des traces de fer, des phosphates de chaux, du phosphate ammoniaco-magnésien, des traces de chlorures et de sulfates.

Examen bactériologique. — La portion centrale du calcul a été pulvérisée, étalée sur plusieurs lames et colorée, soit par la thionine, soit par la méthode de Gram-Nicolle. L'examen microscopique n'a pu guère être fait cependant d'une manière profitable, car les débris, un peu épais, friables et adhérant mal sur la lame, prenaient, en outre, trop énergiquement la matière colorante; quoi qu'il en soit, l'exploration montra, en un point, quelques microcoques douteux.

La culture a fourni des résultats plus positifs. On a ensemencé dans les milieux usuels, à l'air et dans le vide, avec les précautions les plus grandes pour éviter les microbes accidentels, de petits fragments, prélevés soit au centre, soit à la périphérie du calcul. Dans ce but, le calcul avait été, au préalable, rapidement passé dans la flamme, afin de détruire les microbes étrangers pouvant exister à sa surface.

Les cultures sur plaques de gélatine sont restées stériles. Au contraire, les tubes de bouillon et les tubes de gélose et de sérum ont donné un seul microbe : le streptocoque; les cultures de ce microbe tuaient la souris blanche, à la dose de dix gouttes en injection intra-péritonéale. Il n'était pas pathogène pour le lapin.

La constatation, faite par M. Loison, de la présence de streptocoques au centre d'un calcul salivaire, est confirmative de celles faites par M. Galippe. Celui-ci, dès 1886, avait signalé la présence de microbes dans les calculs salivaires, et de cette présence il avait conclu que les microbes « peuvent exercer dans les liquides de l'économie des actions chimiques électives, provoquer des

dédoublements ou la précipitation de substances maintenues solubles à l'état normal (1) ».

L'hypothèse était ingénieuse, mais n'était qu'une hypothèse. Le microbe, trouvé dans le calcul, n'y est peut-être que parce qu'il se trouve présent au moment de sa formation. Peut-être n'y pénètre-t-il que secondairement? On n'a pas, à notre connaissance, fait de recherches sur la possibilité ou la non-possibilité de la pénétration des calculs salivaires par les microbes.

Par conséquent, tout en étant intéressant, le fait de M. Loison ne prouve pas, l'auteur lui-même le reconnaît, que le streptocoque ait été la cause du calcul. Il évoque l'idée de l'origine infectieuse des calculs, il ne l'établit pas.

Au point de vue général de la *pathogénie de la lithiase*, les recherches expérimentales de notre élève et ami, Mignot, *sur les calculs biliaires*, ont une toute autre portée.

Avant M. Mignot, on avait bien parlé de l'origine infectieuse des calculs biliaires, on l'avait défendue en Allemagne et en France, mais on ne l'avait pas établie d'une façon inattaquable. En 1891, au congrès de Wiesbaden, divers médecins, et en particulier Naunyn, mettent en relief le rôle des agents infectieux dans la formation des calculs biliaires (2). Gilbert et Dominici, en 1894, signalent la *présence de microbes à leur intérieur* (3).

Hanot et Létienne (4) font les mêmes constatations. Un élève de Gilbert, Louis Fournier (5), reprend ces recherches et arrive aux mêmes résultats. Sur 70 cas de calculs biliaires, il trouve 23 fois des microbes au centre même du calcul.

A ces faits, nous pouvons ajouter encore quelques autres inédits. Dans 5 cas de calculs biliaires opérés soit par mon maître, le professeur Terrier, soit par moi, l'examen comparatif de la bile et du centre des calculs, fait par M. Mignot, a donné les résultats suivants :

(1) Galippe. Mode de formation du tartre et des calculs salivaires; considérations sur la production des calculs en général; présence des microbes ou de leurs germes dans ces concrétions, *Journal des connaissances médicales*, 25 mars 1886.

(2) *Congrès allemand de médecine interne.* Wiesbaden, 1891.

(3) Gilbert et Dominici. La lithiase est-elle de nature microbienne, *Soc. de biologie*, 1894. — Du rôle des microbes dans la genèse des calculs biliaires, *ibid.*, 8 février 1896.

(4) Hanot et Létienne. Note sur diverses variétés de lithiase biliaire, *Soc. de biologie*, 21 décembre 1895. — Létienne, Thèse de Paris, 1891; et note sur un cas de lithiase biliaire, *Arch. gén. de méd.*, décembre 1891; Note sur un cas de cholécystite calculeuse, *Gaz. hebd.*, juin 1895; Des calculs pariétaux de la vésicule biliaire, *Médecine moderne*, 17 août 1895.

(5) Louis Fournier. Origine microbienne de la lithiase biliaire, Thèse de Paris, 1896.

2 cas de bile et de calcul stériles;

1 cas de coli-bacille dans la bile et dans le calcul;

1 cas de coli-bacille dans le calcul avec du coli-bacille et du streptocoque dans la bile;

1 cas de bile stérile avec coli-bacille au centre des calculs.

Toutes ces constatations nous montrant que, dans les calculs frais, les microbes sont presque constants, ont conduit un certain nombre d'observateurs à admettre le rôle pathogénique des agents infectieux dans la lithiase.

Le fait que les *calculs multiples*, trouvés dans une vésicule, *sont* presque toujours approximativement *du même âge*, plaide aussi en faveur de l'origine non diathésique des calculs, car « il en ressort, comme le font remarquer Heim et Bramson, que la formation d'un calcul biliaire est un phénomène passager, quelque chronique que soit sa conséquence, la cholélithiase (1). »

Toutes ces constatations constituent des présomptions, mais ne sont pas une preuve absolue de l'origine microbienne des calculs.

Aussi voyions-nous, l'an dernier encore, un de nos collègues les plus distingués, M. Chauffard, défendre la doctrine traditionnelle depuis Bouchard, de la lithiase biliaire, manifestation diathésique, rentrant dans le groupe des maladies par ralentissement de nutrition (2).

Il manquait, en effet, la preuve expérimentale, *la formation sur un animal de calculs par l'inoculation d'un agent infectieux*. Cette preuve nous a été donnée par M. Mignot qui, le 19 mai 1897, nous a présenté des *calculs biliaires expérimentaux*, les premiers qu'on ait obtenus. Avant lui, tous ceux qui s'étaient occupés de la question avaient échoué dans leurs tentatives (3).

C'est qu'il faut, pour arriver à la production expérimentale de calculs biliaires, deux conditions : d'une part, une infection extrêmement atténuée ; d'autre part, une inertie relative de la vésicule biliaire empêchant l'expulsion prématurée des cristaux de cholestérine.

Les expériences de M. Mignot ont été faites sur le cobaye. Le microbe employé a été celui constaté le plus souvent dans les calculs biliaires, le coli-bacille. Ici, je laisse la parole à M. Mignot :

Le bacterium coli des cholécystites calculeuses humaines est trop virulent pour le cobaye. Il est nécessaire de l'atténuer. Les atténua-

(1) Cité par Louis Fournier, *loc. cit.*, p. 17.

(2) Chauffard. Valeur clinique de l'infection comme cause de lithiase biliaire, *Revue de médecine*, Paris, 1897, p. 81.

(3) Louis Fournier, en 1896, déclare avoir échoué dans toutes ses tentatives de reproduction expérimentale de calculs, *loc. cit.*, p. 65.

tions par la chaleur et les antiseptiques m'ont donné des résultats incertains. Je l'atténue par une culture prolongée dans la bile, d'abord mélangée d'un peu de bouillon, puis pure. Ce procédé donne, en outre, l'avantage de permettre d'observer la décomposition de la bile durant la culture. La bile, en effet, se trouble ; une boue biliaire s'amasse au fond du tube et d'assez gros cristaux de cholestérine se collent aux parois du verre. Quelques espèces de bacterium coli ne m'ayant pas donné cette décomposition de la bile, à tort ou à raison, je ne les ai pas employées.

Après deux ou trois mois de culture dans la bile pure, la virulence du bacterium coli est généralement éteinte, et, injecté dans le tissu cellulaire des cobayes, il ne produit pas d'abcès.

Il faut alors préparer la vésicule et en faire un réservoir inerte ou à peu près.

Pour cela, on la remplit d'ouate, infectée par la culture de bacterium coli atténué et on la referme. On laisse les choses dans cet état un mois ou six semaines ; alors on enlève le tampon d'ouate et on suture soigneusement la vésicule. Les parois sont épaissies et les fibres musculaires ont en partie disparu.

La plupart du temps, quand la vésicule a bien perdu ses propriétés contractiles, on trouve dans son intérieur, un mois après la seconde opération, des concrétions molles, adhérentes ou non aux parois, mais on ne trouve de concrétions dures, de véritables calculs, qu'après cinq ou six mois.

Les calculs ainsi obtenus sont, comme vous avez pu le voir, identiques, comme apparence aux calculs biliaires que nous voyons communément chez l'homme ; ils ont du reste la même composition chimique, comme le montrent les analyses qu'a bien voulu faire de trois de ces calculs M. Guerbet, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat :

L'un de ces calculs est presque blanc, de forme arrondie, rugueux à sa surface. Il pèse 14 milligrammes, sa texture est radiée et l'examen microscopique de ses débris montre qu'il est formé de cristaux lamelleux incolores. Ces cristaux sont plus légers que l'eau ; chauffés, ils fondent puis brûlent avec une flamme fuligineuse, sans laisser de résidu.

Le calcul pulvérisé est épuisé à l'eau bouillante qui ne dissout que très peu de matière. Celle-ci donne très nettement la réaction des acides biliaires, dite réaction de Pettenkofer.

Le résidu de l'épuisement à l'eau bouillante est traité par l'alcool à 90 degrés bouillant, qui dissout la matière sans laisser de résidu. Par refroidissement de la liqueur, on obtient des cristaux ayant l'aspect microscopique des cristaux de cholestérine. On les purifie par une cristallisation nouvelle et on les sèche à 100 degrés. Ils fondent alors à 143 degrés comme la cholestérine et ils donnent de plus très nettement la réaction de Schiff (*Jahresbericht uber path. chem.*, 858), caractéris-

tique de la cholestérine. Quelques cristaux sont arrosés d'une goutte d'acide azotique ; on évapore et on obtient un résidu jaune que l'ammoniaque fait passer au rouge orangé. L'addition d'une goutte de solution de soude ne change pas la couleur.

Quelques cristaux sont délayés dans une goutte de mélange de trois volumes d'acide sulfurique et un volume de perchlorure de fer. On chauffe doucement au bain-marie et on obtient une belle couleur violette.

Conclusion : Le calcul examiné est formé presque exclusivement de cholestérine avec très peu de sels biliaires.

Les deux autres calculs sont fortement colorés en brun chocolat. Ils ont une forme arrondie, irrégulière, une surface lisse et terne, une cassure conchoïdale. Ils pèsent respectivement 10 et 11 milligrammes et sont plus légers que l'eau.

Ils cèdent à l'eau bouillante très peu de matière, donnant la réaction de Pettenkofer.

Le résidu cède à l'alcool bouillant de la cholestérine, qui a été caractérisée comme ci-dessus.

Le résidu de ces deux traitements est très faible mais fortement coloré. Il cède à l'acide chlorhydrique chaud très peu de matière, dans laquelle j'ai pu caractériser le chlorure de sodium et la chaux.

Le résidu du traitement à l'acide chlorhydrique à peine perceptible colore cependant le chloroforme en vert. Je n'ai pu obtenir avec cette solution les réactions des pigments biliaires, sans doute parce que la coloration du chloroforme était due aux produits d'altération de ces pigments.

Conclusion : Ces deux calculs sont formés principalement de cholestérine avec un peu de sels biliaires et des produits d'altération des pigments biliaires. Ils renferment en outre très peu de chlorure de sodium et de sels de chaux.

Ce sont donc bien de vrais calculs biliaires que M. Mignot a produits expérimentalement. Ses belles recherches patiemment poursuivies conduisent nettement à la notion d'une *lithiase biliaire d'origine infectieuse* (1). On pourrait se demander si les manœuvres exercées sur la vésicule n'entrent pas, pour une part, dans la pathogénie des calculs. Il n'en est rien. Il nous suffit, pour le prouver, de nous reporter à un autre travail antérieur de M. Mignot, à son excellente thèse de doctorat sur les cholécystites (2). Nous y trouvons des expériences nous montrant que l'in-

(1) Depuis que ces faits nous ont été présentés par M. Mignot, MM. Gilbert et Fournier, mettant à profit l'idée de l'atténuation des microbes donnée par M. Mignot, ont produit expérimentalement avec le bacille d'Éberth des calculs biliaires. *Bulletins de la Société de biologie*, 30 octobre 1897.

(2) R. Mignot. *Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites.*

troduction dans la vésicule de corps étrangers aseptiques n'irrite aucunement cette vésicule et ne détermine pas la production de calculs. Il en est de même de la stagnation de la bile.

Dans une expérience des plus intéressantes, M. Mignot a même réuni les deux conditions : suppression des contractions de la vésicule, introduction dans son intérieur d'un corps étranger aseptique et cela d'une manière fort ingénieuse, en distendant la vésicule par l'introduction dans son intérieur d'un ressort d'acier. Comme le ressort était aseptique, il n'y eut ni calculs, ni inflammation de la vésicule.

La lithiase biliaire d'origine infectieuse existe : qu'elle soit le résultat de phénomènes biochimiques causés par la présence de microbes virulents ou non virulents dans l'humeur biliaire (Galippe, Létienne) ou qu'elle résulte indirectement de l'infection qui agirait par l'intermédiaire d'une inflammation (école allemande, Gilbert et Dominici, Louis Fournier). Peut-on conserver à côté d'elle, une place à la lithiase biliaire d'origine diathésique? A l'appui de cette hypothèse, on pourrait invoquer la stérilité du centre d'un grand nombre de calculs ; mais quand nous voyons que presque toujours, en pareil cas, il s'agit de calculs anciens où le microbe a peut-être existé, mais est mort, et que *toujours le calcul biliaire s'accompagne d'un certain degré de sclérose, d'inflammation de la vésicule, ce qui n'existe pas dans les introductions de corps étrangers aseptiques*, nous devons conclure aujourd'hui que si l'origine infectieuse de la lithiase biliaire est bien établie, rien ne permet d'affirmer scientifiquement l'existence d'un seul cas de lithiase diathésique.

Comme conclusions, je vous propose d'adresser des remerciements aux auteurs et de déposer leurs travaux dans nos archives.

— Les conclusions du rapport sont adoptées.

III. — *Du délire psychique post-opératoire.*

par M. LUCIEN PICQUÉ.

I. — Messieurs, chargé depuis de longues années d'un service chirurgical dans les établissements d'aliénés du département, j'ai pu étudier à l'aise une série de questions touchant les rapports de l'aliénation mentale avec la chirurgie.

Je m'étais jusqu'alors abstenu de toute publication d'ensemble,

ne voulant formuler d'opinion sur ces délicates questions, sans pouvoir l'appuyer sur une observation suffisamment prolongée.

Je m'étais borné jusqu'à l'heure actuelle à amasser des documents, aujourd'hui nombreux et importants, et j'aurais probablement attendu quelque temps encore, si le Congrès des médecins aliénistes qui doit tenir sa prochaine session à Angers, n'avait mis à l'ordre du jour, sur la demande de son président le Dr Ritti, une des questions dont j'ai eu à m'occuper spécialement : « Les délires psychiques post-opératoires. »

Je crois donc le moment opportun pour la Société de Chirurgie, d'étudier cette importante question. Je pense qu'elle ne peut se désintéresser de la solution d'un problème, qui a soulevé, depuis quelques années, tant de controverses et donné lieu à tant de travaux.

Je vous demande donc la permission d'exposer devant vous mon opinion sur ce sujet, qui constitue l'un des chapitres d'une étude beaucoup plus générale que j'ai entreprise avec le concours de mon collègue et ami M. Briand, médecin en chef des asiles, sur les rapports de la chirurgie avec l'aliénation mentale.

II. — La question des délires post-opératoires, connue depuis le commencement du siècle, semble avoir surtout préoccupé les esprits depuis une quinzaine d'années.

Née en France avec Dupuytren, qui décrivit le premier, en 1819, le délire nerveux, rajeunie et transformée depuis Courty, qui en 1865, paraît avoir publié le premier cas de manie aiguë à la suite de l'ovariotomie, cette question provoqua depuis, surtout à l'étranger, une quantité considérable de mémoires, et souleva dans les sociétés savantes d'importantes discussions.

L'historique de ces travaux a été fait à diverses reprises dans des thèses récentes, parmi lesquelles je vous signalerai surtout celle de Denis, élève de Mairet (Montpellier, 1889), celle de Musin (Lille, 1895), et de Seligman (Nancy, 1896).

Je ne veux donc pas abuser de votre attention en repassant devant vous la liste innombrable de ces travaux, et je me bornerai à vous signaler simplement les étapes les plus importantes de la question.

Un premier point doit frapper tout d'abord, c'est l'intérêt que la question semble avoir surtout inspiré aux médecins, aux aliénistes, dont l'effort semble avoir eu pour objet de mettre en relief les délires consécutifs aux opérations gynécologiques.

Dès 1875, Barwel souleva au sein de la Société clinique de Londres, à propos d'un cas de manie aiguë consécutive à une

ovariotomie, une discussion à laquelle prenaient part Lawson, Tait et Edith.

Dix ans après, le même auteur provoquait, à l'occasion d'un cas analogue, à la Société pathologique de Londres, une nouvelle discussion dans laquelle Torton présentait deux cas de délire consécutif à une ovariotomie et à une hystériotomie.

D'autres auteurs, Keth, Dent, Meredith, Bristowe et Lawson, signalèrent également des cas analogues.

En 1889, Dent publie un travail intéressant sur lequel j'aurai à revenir.

En Allemagne, des faits nouveaux sont signalés.

Dès 1880, Herm Lossen et Furstner de (Strasbourg) signalent la manie après l'hystérectomie. En 1887, à la Société gynécologique de Berlin, Graub soulève une discussion qui amène la publication de cas intéressants. En 1888, au Congrès de Halle, Werth (de Kiel) publie une statistique de trois cents opérations avec six cas de folie. Dans le même Congrès, de nombreux faits viennent s'ajouter à la statistique de Werth. En 1892, Levinstein et Ostermayer publient encore des cas nouveaux.

L'Amérique ne reste pas indifférente à ce mouvement d'idées.

Dès le mois de mai 1887, Gaillard Thomas, publie dans le *Medical New*, un travail, traduit en 1889 par Dufournier, dans les *Archives de médecine*. Ce mémoire, discuté à la Société de médecine de New-York, le 4 avril 1889, fournissait trente-huit cas de troubles mentaux post-opératoires. D'ailleurs, en 1887, Edwards J. III, de (New-York), publiait également dix cas de manies aiguës consécutives à des opérations gynécologiques. Je signalerai enfin les travaux de Gray (de New-York), et d'Eder (de Boston), sur le même sujet.

En France, l'étude de ces délires semble n'avoir sérieusement attiré l'attention des médecins que depuis l'année 1889.

Mairet (de Montpellier) et son élève Denis publient sur la question des études intéressantes. Le travail de Mairet porte spécialement sur l'influence des maladies de l'utérus et des annexes dans la production des folies sympathiques. Il date de 1880 (*Montpellier Médical*).

En 1889, Polaillon publie un cas dans l'*Union Médicale;* Ledentu, dans une leçon clinique, Vène, son élève, dans sa thèse, en 1891, étudient certains points intéressants. Pozzi, en 1890, dans la *Gazette Médicale*, Régis, en 1893, dans les *Archives d'Obstétrique*, signalent de nouveaux faits.

Enfin, dans leurs thèse, Musin (Lille, 1895), Seligman (Nancy, 1896), reprennent tour à tour la question.

Messieurs, en esquissant devant vous, et d'une façon d'ailleurs

très incomplète, l'historique de la question, j'ai tenu à vous rappeler surtout l'importance que cette dernière avait prise dans ces dernières années, particulièrement à l'étranger.

J'ai lu avec soin les travaux que je vous ai cités, et je me suis spécialement attaché à l'étude des observations publiées.

Or, je n'hésite pas à le dire, dès le début de mon exposé, ces observations manquent le plus souvent de rigueur scientifique, les mémoires semblent plutôt écrits par des psychologues que par des médecins, et parfois dans un esprit de justice et de sincérité contestable. Certains d'entre eux semblent constituer des plaidoyers contre l'extension croissante de la chirurgie.

Quoi qu'il en soit, les conclusions s'appuient sur des documents souvent insuffisants et qui laissent trop de place à la critique.

J'indiquerai plus loin la méthode à suivre pour éviter, dorénavant, des lacunes regrettables.

Je dois encore signaler deux points qui m'ont vivement frappé dans la lecture de ces travaux.

Tout d'abord, c'est, ainsi que je le disais plus haut, l'importance donnée aux opérations gynécologiques, dans la genèse de ces délires, et nous retrouvons cette préoccupation dans la thèse de Seligman, inspirée par Weiss.

Je me propose de discuter ailleurs cette opinion, en montrant ce qu'il y a d'abusif à l'étayer sur des statistiques.

En deuxième lieu, tous les auteurs, sans exception, semblent résumer la question des rapports de la chirurgie et de la folie, à la simple production des délires post-opératoires. Je m'appliquerai également, dans une autre communication, à démontrer que cette question est plus importante et plus complexe.

Quelques chirurgiens envisagent, de leur côté, la question à un point de vue encore plus étroit.

Reprenant la conception de Dupuytren sur le délire nerveux, ils se sont appliqués, les uns à y ranger le délire alcoolique, les autres à l'en séparer; la plupart du temps, ils n'ont eu en vue que les délires précoces et temporaires, et ont laissé de côté les formes peut-être les plus intéressantes du délire post-opératoire.

Dès lors, on voit, d'une part, les psychologues et les médecins tendre, avec plus ou moins de parti pris, à aggraver la responsabilité de l'acte opératoire, dans la production des divers délires; d'autre part, les gynécologistes admettent une relation étroite, et à mon sens abusive, entre les psychoses et les opérations qui portent sur la sphère génitale; enfin on voit les chirurgiens généraux, peu nombreux d'ailleurs, que cette question a intéressés, borner leur étude aux délires qui suivent de près l'intervention chirurgicale, et constituer un groupe trop restreint, à mon sens, de

psychoses post-opératoires, en éloignant des formes intéressantes, que nous indiquerons plus loin.

Il y a, à mon sens, exagération de part et d'autre.

Pour trancher, selon moi, cette question si importante des délires post-opératoires, il faut tout d'abord l'envisager avec un grand esprit d'indépendance, avoir la pratique étendue d'un chirurgien d'hôpital, qui ne reste pas confiné dans telle ou telle branche de la thérapeutique chirurgicale, enfin et surtout, se trouver dans une situation qui permette de suivre les malades pendant de longues années.

Mes fonctions de chirurgien des asiles d'aliénés m'ont permis justement d'observer un grand nombre de malades opérés dans les hôpitaux ou ailleurs.

J'en ai moi-même opéré un certain nombre dans des conditions spéciales et très restreintes d'ailleurs, ou la chirurgie des aliénés me paraît autorisée, et que j'ai exposées dans un rapport adressé, il y a quelques années, à M. le Préfet de la Seine.

J'ai donc pu suivre, pendant bien longtemps, les opérés de mes collègues et les miens.

C'est là, dans ce milieu spécial des asiles, que j'ai pu recueillir les éléments les plus importants de cette étude.

III. — Sous la dénomination générale de délire post-opératoire, on doit désigner tout trouble intellectuel qui peut survenir à la suite d'une opération, quelle que soit la forme où l'origine réelle de ce trouble psychique.

Cette définition nous permet d'étudier successivement toutes les variétés de délire qu'on est susceptible de rencontrer, à la suite des opérations; celles qui peuvent, à bon droit, dépendre de l'intervention, et celles qui ont été considérées abusivement comme la conséquence de l'acte opératoire.

Le problème à résoudre est en effet des plus complexes. Il ne suffit pas, on le comprend, qu'un délire survienne à la suite d'une opération pour rendre cette dernière responsable, et lui donner, comme beaucoup d'auteurs, l'épithète de post-opératoire, et si j'insiste devant vous sur ce point si simple en apparence, c'est que bien des auteurs ne semblent pas avoir compris la question d'une autre façon.

Pour éviter l'erreur où ils sont tombés, pour la plupart, il convient d'admettre *a priori*, qu'il peut exister diverses causes susceptibles d'engendrer le délire après une opération, et qu'il faut les rechercher avec soin pour établir équitablement le rapport qui existe entre le délire et l'acte opératoire, c'est-à-dire la part de responsabilité qui incombe à ce dernier dans la production du délire.

On se trouve, par cela même, amené à envisager à côté de l'acte opératoire lui-même des faits contingents mais réellement indépendants de lui et qui peuvent le produire.

Ces faits peuvent eux-mêmes être antérieurs, contemporains, ou postérieurs à l'acte opératoire.

Les faits antérieurs nous sont fournis par le malade lui-même : c'est son état antérieur qui peut être le point de départ de la psychose, que cette psychose soit absolument indépendante de l'opération et soit survenue par hasard, soit qu'elle ait été réveillée par l'intervention elle-même.

Mais à côté de ces psychoses, que nous pouvons appeler médicales et dont le type nous est fourni par le délire brightique, nous devons envisager celles qui dépendent des faits contemporains ou postérieurs à l'acte opératoire.

Parmi les faits contemporains de l'opération qui peuvent amener la psychose, citons l'anesthésie chloroformique et l'intoxication iodoformique.

Parmi ceux qui lui sont postérieurs, nous devons surtout signaler la septicémie qui parfois entraîne un délire qui a été, avec trop de complaisance peut-être, rangé souvent parmi les délires post-opératoires vrais. J'en citerai plus loin un exemple curieux parmi tous ceux qu'il m'a été donné d'observer.

L'investigation clinique, si nécessaire, on le comprend, pour différencier ces divers groupes, devra toujours être aidée et complétée par l'étude séméiologique du délire lui-même, étude si négligée dans la plupart des observations et pourtant si nécessaire, tant sont variables les formes cliniques du délire, selon la cause qui lui a donné naissance.

En présence d'un délire, il faudra dès lors répondre par l'examen clinique aux deux questions suivantes :

1° Pourquoi le malade délire-t-il?

2° Comment délire-t-il?

Il faudra aussi dans les observations à venir, spécifier la nature de l'opération pratiquée; indiquer avec précision l'état antérieur du malade, noter exactement la forme du délire, indiquer l'existence de la fièvre, particularités souvent omises par les auteurs.

Ce n'est cependant qu'à cette condition qu'une observation peut acquérir l'importance d'un document scientifique, et ce n'est qu'après avoir, dans chaque cas déterminé, suivi cette méthode d'étude, que l'on peut être autorisé à discuter l'existence et à étudier la forme du délire psychique post-opératoire.

IV. — *Causes et formes du délire post-opératoire.* — Un malade délire après une opération. Pourquoi délire-t-il? Nous avons, en

nous appuyant sur les considérations précédentes, à envisager successivement les causes possibles de son délire.

Sous ce rapport, nous devons étudier, comme il a été dit plus haut :

1° Les causes d'origine médicale, dépendant d'une affection antérieure du malade (les centres nerveux exceptés);

2° Le délire toxique dont le type nous est fourni par le délire alcoolique. Ce délire, justement séparé du délire nerveux par Dupuytren, avait été depuis et à tort, assimilé à lui par Billroth, Verneuil, Broca et son élève Festal;

3° Les délires par intoxication médicamenteuse (chloroforme et iodoforme);

4° Les délires dus à une intoxication septicémique.

Ces diverses formes sont toutes des délires d'intoxication ; dans une étude didactique du délire, et conformément aux règles de la nosologie il y aurait peut-être avantage à les grouper en une seule variété pour les opposer à d'autres, pouvant dépendre de causes différentes.

Il m'a paru nécessaire de procéder différemment ici pour faciliter l'étude spéciale de la forme suivante : nous pourrons les désigner d'ailleurs sous le nom de faux délires post-opératoires.

5° Au contraire des formes précédentes, nous devons placer ici le délire psychique proprement dit, dénomination peut-être vicieuse et qu'on pourrait remplacer avec avantage par celle de psychose post-opératoire véritable, si tant est qu'elle existe, mais son existence ne saurait être mise en doute, comme nous le montrerons plus loin.

Caractères cliniques. — Laissant de côté les délires d'origine médicale, nous pouvons dire que les diverses variétés du délire d'intoxication ou faux délires post-opératoires sont faciles à reconnaître : leur diagnostic d'ailleurs est important à faire pour éviter des surprises regrettables.

Ce sont ou des états transitoires d'excitation ou plus rarement de dépression dont nous ne pouvons indiquer ici, sans sortir du cadre que nous nous sommes imposé, les modalités cliniques d'ailleurs bien connues.

Qu'il me suffise de dire que tantôt le délire qui en est l'expression est parfois systématisé, comme dans le délire alcoolique; tantôt au contraire il affecte les formes maniaques dans lesquelles les idées du malade sont incohérentes et confuses.

C'est l'état qui, joint à la fièvre, caractérise surtout les septicémies chirurgicales.

On s'étonne que les observateurs aient souvent confondu les délires septicémiques avec les vésanies vraies.

Nous trouvons trois erreurs de ce genre dans le travail de Dent.

Je relève dans mes notes le cas suivant que je vous demande la permission de résumer.

Je fus un jour appelé, dans un asile où il avait été interné, près d'un malade atteint d'une affection du genou et qui avait tenté de se suicider en se jetant par la fenêtre de l'hôpital où il était en traitement.

A son arrivée, je constatai l'existence d'une arthrite suppurée du genou, avec destruction profonde des surfaces articulaires. La température était de 40°,5. Son délire était bien de nature infectieuse : il guérit d'une façon définitive grâce à une amputation de cuisse, et ce malade, guéri depuis bien des années, est venu récemment me remercier encore de lui avoir fait quitter l'asile où il avait été interné.

On voit combien ce diagnostic est important à préciser pour éviter de lourdes responsabilités.

Des délires par *intoxication médicamenteuse*, celui qui est produit par l'iodoforme semble aujourd'hui établi, bien que son importance ait été peut-être un peu exagérée, comme le fait remarquer Ledentu.

Il n'en est pas de même du délire chloroformique. Savage, dans son article du *British médical Journal*, a essayé d'établir l'existence de ce délire en s'appuyant sur un certain nombre de cas qui ne sont peut-être pas suffisamment probants. Mairet conseille lui-même de s'abstenir des anesthésiques le plus souvent possible; mais depuis, la plupart des auteurs qui ont écrit encore sur la question, sont unanimes à la rejeter.

Je n'ai pas d'observation à vous présenter à cet égard, mais en mettant de côté cette obnubilation mentale qui, chez certains malades, persiste pendant quelques heures après le réveil, il doit être bien difficile de séparer du délire qu'il nous reste à examiner, pour rattacher à l'action du chloroforme les états délirants qui se produisent après l'acte opératoire. A mon sens, le délire doit rester hypothétique tant que de nouvelles observations ne viendront pas affirmer son existence indépendante.

Nous sommes arrivés par voie d'élimination aux psychoses traumatiques vraies. Il est évident qu'en dehors des variétés de délire précédemment envisagées, il en existe une, qui ne relève d'aucune des causes que nous avons envisagées et qui survient sans fièvre, chez des sujets qui ne sont ni des malades ni des intoxiqués.

Nous retrouvons encore les états d'excitations qui caractéri-

saient les formes précédentes, et c'est cette quasi similitude de symptômes qui justifie l'étude des origines diverses du délire sur laquelle nous avons insisté plus haut.

Mais nous trouvons, d'autre part, des états dépressifs qui lui sont propres et qui, contrairement aux précédents, semblent porter plus facilement à la chronicité.

Les états d'excitation de la psychose vraie sont caractérisés surtout par des formes maniaques avec ou sans délire.

Ils peuvent être engendrés par toutes les opérations chirurgicales, et j'attire l'attention sur ce fait que les plus simples peuvent la produire.

Je me rappelle un cas de tumeur bénigne du sein, opérée par M. Richet. Le premier jour éclatait un accès de manie aiguë qui ne dura que quelques jours.

Je ne crois pas, d'autre part, quoique tous les auteurs y aient insisté, entre autres Dent et tout récemment, Ledentu et Seligman, sous l'inspiration de Weiss, de Nancy, que les opérations gynécologiques y prédisposent.

Dans une autre communication, je me propose d'étudier cette question avec soin, et de vous montrer les raisons qui ont pu tromper un certain nombre d'auteurs distingués.

Quoi qu'il en soit, l'opération elle-même engendre-t-elle ce délire? Y a-t-il véritablement une folie sympathique produite directement par l'acte opératoire comme Dent l'admet, par exemple.

Discuter ce point serait manifestement sortir des limites de notre compétence et empiéter sur le domaine de l'aliénation mentale.

Qu'il me suffise de signaler la fréquence de ce délire chez les enfants et les vieillards (cas de M. Richet), chez les hystériques, où il est si fréquent, et surtout chez les malades atteints de prédispositions héréditaires.

En dehors des trois premières catégories (sénilité, hystérie, enfance), les malades sont-ils oui ou non des prédisposés héréditaires? C'est là, je le répète, un problème délicat de pathogénie, qu'il ne nous appartient pas d'aborder mais dont la solution nous importe peu, d'ailleurs, car toutes ces catégories doivent rentrer dans le cadre des psychoses vraies.

Le moment d'apparition de ces états d'excitation est enfin intéressant à signaler.

C'est généralement dans les premiers jours qui suivent l'opération, du 2e au 5e jour ordinairement, parfois mais rarement vers la 3e semaine (Ledentu). C'est à cette rapidité d'apparition qu'elle doit d'être surtout connue des chirurgiens.

Nous verrons qu'il n'en est plus de même pour d'autres formes

qui peuvent survenir, un temps plus ou moins long après la guérison du malade.

Quoi qu'il en soit, cette forme disparaît aussi vite qu'elle a apparu : exceptionnellement elle passe à l'état chronique et nous l'observons alors dans les asiles ; elle est d'ailleurs encore susceptible de guérir.

Les états dépressifs, c'est-à-dire les formes mélancoliques ou anxieuses, s'observent assez fréquemment dans la pratique.

Sans revenir sur ce que j'ai dit précédemment de la pathogénie, c'est surtout chez les héréditaires ou les prédisposés qu'on la rencontre. Contrairement aux états d'excitations, on ne l'observe généralement qu'à la suite de certaines opérations que nous pourrions qualifier de déprimantes.

Fréquentes à la suite des amputations, de la castration ou d'opération de varicocèle ayant entraîné l'atrophie du testicule, fréquentes encore à la suite de la taille hypogastrique, comme je l'ai déjà signalé devant vous, dans un rapport fait sur une observation de Rollet, de Lyon, et aussi après l'établissement d'anus contre nature.

Je vous demande la permission de vous lire la note déjà ancienne que je retrouve dans mon dossier et qui est relative à trois cas observés dans les asiles :

J'ai eu bien souvent l'occasion de voir, chez des malades opérés, des crises de mélancolie anxieuse qui nécessitaient leur internement.

Dans un cas, il s'agissait d'une malade qui était venue à l'hôpital avec des accidents d'étranglement herniaire. L'opération avait été pratiquée de suite; malheureusement l'intestin était sphacélé et un anus contre nature avait été établi. Peu de temps après, cette malade était prise d'un accès de mélancolie anxieuse avec tendance au suicide. Envoyée à Sainte-Anne, puis de là à Ville-Évrard où je la retrouvai dans le service de mon collègue, et ami le Dr Febvre. L'écoulement de matières était très abondant, et cette pauvre femme accusait par moment un véritable désespoir et parlait constamment de ses projets de suicide. Je priai mon cher collègue des hôpitaux, Chaput, de venir la voir et de tenter une opération. Après une première tentative infructueuse, il réussit à la guérir définitivement. Dès ce jour, son état moral s'améliora rapidement et elle put, au bout de quelques semaines, quitter l'asile complètement guérie.

Je tiens à bien spécifier qu'il s'agissait d'une névropathe avec antécédents héréditaires. J'ai eu, en effet, bien souvent l'occasion, selon une pratique aujourd'hui admise, d'établir un anus contre nature, comme premier temps de l'opération de Kraske;

à l'hôpital, les malades vous échappent et ne reviennent plus, mais en ville, j'ai eu l'occasion d'en suivre quelques-uns; je n'ai jamais constaté semblable psychose; il y a, dans ce dernier cas, un facteur qu'il ne faut pas négliger. J'ai cité récemment, à la Société de chirurgie, l'histoire d'un malade chez lequel une cystotomie sus-pubienne, pratiquée à l'hôpital, avait produit un état semblable qui l'avait amené à Ville-Évrard, dans le service de M. Marandon. La guérison de la fistule amena le même résultat que précédemment et le malade put quitter l'asile complètement guéri.

Cet état de mélancolie se voit parfois chez des malades dans d'autres circonstances; c'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'observer, à l'asile de Vaucluse, un pauvre homme qui avait subi, dans un grand hôpital de Paris, une résection de l'épaule, probablement pour une scapulalgie tuberculeuse; il persistait, en effet, plusieurs mois après l'opération des trajets fistuleux qui fournissaient une quantité notable de pus et dont l'existence était, pour le malade, la cause d'un réel chagrin.

Mais, de plus, cet homme présentait une double cataracte qui le privait absolument de toute vie sociale. Il était tombé dans un état de mélancolie anxieuse qui l'avait conduit à l'asile.

Chaque fois que j'allais dans son quartier, il me suppliait de lui rendre la vue; j'avoue que l'iridodonésis qui accompagnait la cataracte ne m'engageait guère à intervenir. Comme je lui faisais part, un jour, de mes inquiétudes, au sujet du résultat opératoire, il me répondit simplement : « Qu'ai-je à perdre! puisque je suis totalement aveugle. Essayez au moins. » Cette parole me décida et le résultat fut excellent.

Je n'ai jamais vu homme plus heureux et plus reconnaissant; pendant ce temps, les fistules avaient guéri définitivement.

L'état mélancolique prit fin; le malade quitta l'asile guéri.

J'ai dit plus haut que, le plus souvent, les malades étaient des prédisposés héréditaires. Il est certain que cette prédisposition devient évidente quand il n'y a plus corrélation entre l'état moral du malade et l'importance de la lésion.

Dans un cas remarquable qui m'a été communiqué par mon collègue et ami, M. Dagonet, il s'agissait d'un malade atteint d'une fracture des deux os de la jambe gauche, et chez lequel la persistance d'un cal volumineux fit naître un délire mélancolique chronique qui amena le malade à Sainte-Anne et dura trente ans, jusqu'à sa mort.

Chez ce pauvre homme, il existait d'ailleurs des antécédents héréditaires très marqués.

Ces états dépressifs surviennent parfois peu de jours après

l'opération; le plus souvent, ils ne se montrent que tardivement, alors que le malade a été perdu de vue. Nous les retrouvons à l'asile, plus fréquemment que ne le pense Seligman, qui paraît n'en avoir jamais obtenu à Mareville; mais si le délire prend souvent la forme chronique, il est juste de remarquer qu'il est susceptible de guérison. C'est là une donnée qui ne doit pas nous échapper et qui constitue un des chapitres importants du traitement chirurgical de l'aliénation mentale. J'y reviendrai dans une autre communication.

Ces états dépressifs s'accompagnent souvent de tendance au suicide : les malades doivent être attentivement surveillés. A ce point de vue, j'ai vu une malade âgée se suicider à la suite d'une amputation du bras nécessitée par une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, qui lui rendait d'ailleurs la vie insupportable, et qui l'aurait peut-être menée à la même extrémité.

A côté de ces états d'excitation et de dépression, il existe une forme spéciale de délire d'une importance capitale et qui ne s'observe que dans une catégorie toute particulière de malades. Ce sont des aliénés anciens, souvent redoutables, atteints de cette forme particulière de folie désignée sous le nom de folie morale, et qui ne sont pas internés par ce fait que leur délire paraît logique et qu'ils raisonnent fort bien. Ce sont les persécutés persécuteurs que les chirurgiens doivent connaître et reconnaître pour ne jamais pratiquer chez eux que la chirurgie d'urgence.

En effet, leur maladie d'abord, leur opération ensuite, deviennent un aliment nouveau à leur délire; ils y concentrent toutes leurs pensées; la moindre sensibilité de cicatrice devient pour eux l'occasion de délires graves qui les ammènent à l'asile. L'opération n'a constitué qu'un épisode dans leur histoire pathologique. J'ai pu observer, dans les asiles, un certain nombre de malades de cette catégorie, parmi lesquels plusieurs cas de varicocèle.

Ces malades, trop peu connus des chirurgiens, sont cependant bien intéressants, car leur étude constitue une source d'indications et de contre-indications opératoires, souvent, je le reconnais, fort délicates à établir. En tout cas, il ne faudrait pas conclure, comme certains auteurs, et en particulier Seligman dans sa thèse, qu'il ne faut opérer ni les aliénés ni les prédisposés; car à côté de ceux qu'il ne faut jamais opérer, il en est d'autres, qui ne guérissent complètement que par l'intervention chirurgicale, et c'est ce point très important à connaître qui fera, de ma part, l'objet d'une communication ultérieure.

D'après l'exposé qui précède, vous avez pu voir combien la question des délires post-opératoires, même débarrassée des faux

délires qu'on a trop souvent confondus avec eux, se trouve élargie cependant par la connaissance des formes prolongées qui persistent après la guérison opératoire et par l'adjonction des formes tardives qui se développent plus ou moins longtemps après cette guérison.

Vous avez pu voir, d'autre part, qu'il existe des formes spéciales qui se présentent chez des aliénés véritables et dont il serait injuste de rendre la chirurgie responsable.

Bien des points de cette étude sont restés incomplets, n'ayant pu vous présenter d'observation sur toutes les variétés que j'ai eu à énumérer devant vous.

J'espère que vous voudrez bien combler cette lacune, en apportant ici l'appoint de votre expérience personnelle.

Discussion.

M. Broca. — Je dois avouer que j'ai entendu avec surprise M. Picqué ranger les enfants parmi les sujets particulièrement prédisposés à la folie post-traumatique. L'enfant fébricitant délire facilement, c'est une affaire entendue, et quand, après, ou malgré une opération, on voit évoluer des accidents septiques et fébriles, ou une maladie comme une pneumonie, nous observons dans les salles de chirurgie exactement ce qu'observent les médecins. Mais quant à faire intervenir l'opération elle-même dans la genèse d'une folie traumatique, je le conteste formellement. A l'hôpital Trousseau, je trouve sur mes registres, depuis novembre 1892, le relevé de 8,990 opérations, et après une opération aseptique, quelle qu'elle soit, je n'ai jamais observé rien qui se rapproche, de près ou de loin, de ce que M. Picqué vient de décrire. Et j'ai, d'autre part, souvenir seulement de deux délires avec intoxication iodoformique, survenue après tamponnement de vastes cavités suppurantes (une ostéomyélite chronique du fémur; une opération d'Estlander), accidents qui ont cessé après suppression de l'iodoforme; les deux filles, que depuis j'ai vues à maintes reprises, n'ont conservé aucun trouble cérébral.

Chez l'adulte, je ne me souviens que d'une seule observation — si je mets à part le delirium tremens, — c'est celle d'une femme à laquelle, aidé par mon maître, M. Terrier, j'ai enlevé un kyste végétant de chaque ovaire et un fibrome utérin. Le lendemain de l'opération, elle est tombée dans le coma, où elle est restée plusieurs jours; puis elle a eu des conceptions délirantes d'abord légères, peu à peu aggravées, ayant finalement tourné au délire

des persécutions. La malade a eu des accidents tellement violents, qu'elle a dû être internée à Sainte-Anne. Elle a succombé au bout de près d'un an, après avoir présenté quelques rémissions, dont une a donné l'illusion d'une guérison complète. La mort a probablement eu lieu par généralisation des kystes végétants de l'ovaire. Localement, il n'y a eu à noter qu'une fistule stercorale, survenue secondairement, par le trajet du drain, plusieurs semaines après l'opération, qui n'avait pas été suivie de suppuration. Je connaissais cette femme depuis plus de dix ans, car depuis 1884, j'avais soigné sa nièce pour une coxalgie; elle n'avait jamais eu le moindre trouble mental, elle n'était même pas ce qu'on est convenu d'appeler une femme nerveuse. Or, elle avait passé, à plusieurs reprises, par de violentes secousses morales. Je n'ai pas connu son père, mais sa mère, actuellement âgée de quatre-vingt-cinq ans, est bien équilibrée.

M. Berger. — La suite de la discussion est remise à plus tard. Elle aura lieu à la suite d'une communication que doit faire M. Picqué sur les relations entre les troubles mentaux et les opérations gynécologiques.

M. Picqué. — Je compte compléter, en effet, ma communication en exposant les rapports qui lient certains troubles mentaux aux opérations gynécologiques. La relation entre ces deux ordres de faits est du reste, je dois le dire, beaucoup moins nette qu'on ne le pense généralement.

Quant à la fréquence du délire chez les enfants, je l'ai signalé d'accord avec tous les auteurs. Je suis heureux d'avoir sur ce point l'avis éclairé de nos collègues des hôpitaux d'enfants.

Lectures.

M. Urbain Guinard présente une exclusion expérimentale du pylore.

Le travail est renvoyé à l'examen d'une commission, M. Hartmann, rapporteur.

M. Hagopoff lit un travail *sur un nouveau procédé de cystotomie*, dit *cystotomie transpubienne*, dont l'examen est renvoyé à la commission nommée lors de la dernière séance.

Présentations de malades.

Conservation, dans une tuberculose étendue et diffuse, du tarse et du métatarse. Guérison complète. Résultat au bout de cinq ans.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade, âgé actuellement de vingt-cinq ans, et que j'ai soigné, il y a cinq ans maintenant, pour une tuberculose étendue du tarse et du métatarse avec abcès froids, destruction des os.

N'eût été le bon état général relatif de ce jeune homme, j'aurais certainement fait l'amputation, tellement étaient graves et profondes les lésions tuberculeuses.

Le pied, après évacuation des abcès froids, ablation des fongosités par deux larges incisions interne et externe, fut immobilisé et pansé avec la gaze iodoformée, puis le naphtol camphré.

Il fallut huit mois pour fermer les plaies.

Vous pouvez voir le résultat qui est excellent, conservation d'une mobilité suffisante du pied, qui permet à ce malade d'exercer, sans aucune difficulté, sa profession de cocher.

M. Richelot présente deux malades, auxquelles il a fait des tarsectomies pour pieds bots, équin chez l'une, varus équin chez l'autre.

Cholécystostomie par la voie lombaire.

M. Lejars. — Je voudrais apporter un fait au dossier, encore peu chargé, des interventions sur les voies biliaires, pratiquées par la région lombaire. J'ai à peine besoin de rappeler la discussion que souleva à la Société de chirurgie, en mai 1895, l'intéressante communication de notre collègue, M. Tuffier, sur la cholédocotomie par voie lombaire : ayant affaire à une tumeur du flanc droit, dont l'origine rénale ou hépatique restait douteuse, M. Tuffier avait fait l'incision postérieure de la néphropexie ; au fond de la plaie, il sentit très nettement une série de bosselures calculeuses, et, refermant la brèche lombaire, il pratiqua l'incision antérieure et retira 17 calculs de la vésicule et du canal cystique. Des recherches cadavériques achevèrent de le con-

vaincre que le canal cholédoque était accessible par cette voie lombaire.

A quelques jours de là, M. Reboul vous apportait une observation de cholécystostomie lombaire : il s'agissait encore d'un diagnostic obscur, d'une tumeur de l'hypocondre droit, qui avait les apparences d'une hydronéphrose aiguë. Elle fut découverte par l'incision postérieure, ponctionnée, incisée, fixée à la paroi : elle contenait 250 grammes de liquide purulent mêlé de bile et six calculs biliaires. C'était la vésicule ; M. Reboul put extraire un calcul enchatonné dans le canal cystique et cathétériser le cholédoque. La malade guérit.

L'observation que j'ai l'honneur de vous soumettre est toute semblable. C'est un autre exemple de cholécystostomie lombaire, cholécystostomie de nécessité, en quelque sorte, pratiquée à la suite d'un diagnostic erroné, mais dont le résultat s'est montré, dans l'espèce, tout aussi simple et tout aussi heureux que celui d'une cholécystostomie antérieure, par la méthode ordinaire.

Mon opérée est une vigoureuse femme de trente-quatre ans, grande, musclée, de teint coloré, mère de deux enfants, et qui n'avait jamais été réellement malade jusqu'en novembre 1897. Ses deux accouchements à terme avaient été très réguliers; une fausse couche de six mois et demi, qu'elle fit il y a cinq ans, semble avoir été tout accidentelle.

Depuis dix ans, elle souffrait de temps en temps de coliques, assez vagues, sans ictère, sans vomissements, et qui revenaient d'ailleurs à des intervalles très-irréguliers.

En novembre, sans cause appréciable, elle commençait à ressentir quelques douleurs plus vives dans le flanc droit : c'était une gêne, une sorte de traction pénible, qui s'accusaient davantage le soir et après les fatigues. Elle ne souffrait pas dans l'épaule droite, et les irradiations, du reste peu nettes, semblaient se faire surtout en bas. Il n'y avait pas d'autres accidents, l'appétit était conservé : pourtant la malade se serait aperçue qu'elle maigrissait un peu.

Elle consulta un médecin, qui reconnut, dit-elle, « un rein flottant, et le réduisit sans peine »; mais le rein (nous citons toujours) « se déplaça de nouveau pendant un effort », et les douleurs reparurent, avec des intermittences d'acuité, et souvent plus accusées la nuit.

Lorsqu'elle entra à l'hôpital Beaujon, le 4 janvier dernier, son excellent état général, sa belle mine, son appétit, sa gaieté, l'absence de tout accident fonctionnel défini du côté du foie et du rein, contrastaient avec la grosse tumeur que l'on trouvait dans le flanc droit. Elle marquait déjà sa place, à la simple vue, par un relief arrondi de la paroi abdominale ; à la main, on appréciait, avec la plus grande facilité, sa forme, ses contours, sa mobilité. Dans le décubitus horizontal, elle descendait au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, et sans peine on l'abaissait jusque dans la fosse iliaque; tout aussi aisément,

on la refoulait en haut et en arrière, dans la profondeur de l'hypocondre. Sa forme rappelait celle du rein, bien qu'elle parût plus volumineuse et plus arrondie; sa consistance était ferme, presque dure, tendue plutôt que compacte, sans qu'on pût déceler de fluctuation nette. La tumeur était mate, et, entre cette matité et celle du foie, s'interposait une zone de sonorité d'au moins trois travers de doigt. Ajoutons que, par le palper bimanuel, avec une main passée sous la région lombaire, on avait la sensation du ballottement. Toutes ces explorations n'allaient pas sans quelque douleur, et la pression directement exercée sur la tumeur était très pénible.

Tout en réservant l'hypothèse d'une grosse vésicule biliaire à long pédicule et à méso distendu, il nous parut plus plausible d'admettre l'existence d'un rein déplacé et malade, et ce fut d'après cette donnée que la voie lombaire fût choisie pour l'intervention.

L'opération fut pratiquée le 11 janvier, sous l'éther. Une longue incision fut menée obliquement de la dernière côte à la crête iliaque, le long du bord externe de la masse sacro-lombaire, et les premiers temps n'offrirent rien de particulier. Une fois l'atmosphère graisseuse péri-rénale découverte et suffisamment dissociée, il nous fut aisé de reconnaître que le rein droit était bien à sa place et nullement abaissé; au-dessous et en avant de lui, nous sentions la grosse tumeur mobile, qu'une pression exercée sur le flanc faisait saillir au fond de notre plaie. Le péritoine qu'elle soulevait au-devant d'elle fut incisé, et sa surface, d'un gris jaunâtre, tendue et lisse, apparut : il était évident que c'était une énorme vésicule biliaire. Un trait transversal, incisant le bord externe de la plaie, élargit la voie et permit d'énucléer toute la tumeur ; il fut dès lors facile d'apercevoir le bord antérieur du foie, qui s'abaissait derrière elle, et de suivre, au doigt, le canal cystique et le pédicule hépatique, où l'on ne perçut rien d'anormal. La vésicule, bien isolée par des compresses aseptiques, fut ponctionnée, puis incisée au niveau du fond : il en sortit une abondante quantité, au moins 300 grammes, d'un pus jaunâtre, d'apparence phlegmoneuse, sans mélange de bile ni de calculs. On réunit alors les lèvres de l'ouverture vésiculaire à la partie inférieure de la plaie lombaire, dont le reste fut suturé à trois plans. Un petit drain fut laissé, en haut et en dehors, au contact de la vésicule. Celle-ci était de paroi très épaissie, et l'exploration de sa cavité, dans laquelle on pénétrait à une profondeur de 8 à 10 centimètres, ne fit découvrir aucune trace de calcul.

Les suites de l'intervention ont été simples. L'orifice de cholécystostomie lombaire s'est refermé très rapidement; on n'a jamais trouvé de bile dans le pansement : à peine une légère teinte jaunâtre du suintement, qui, au bout d'un mois, était complètement tari.

Aujourd'hui, la palpation de la région sous-hépatique ne réveille aucune douleur, et l'on n'y sent absolument rien. La malade, qui ne souffre plus et qui, depuis quelque temps, se lève et s'occupe dans la salle, est très pressée de reprendre son travail.

Je ne veux pas insister sur les caractères un peu étranges de

cet empyème de la vésicule biliaire, qui, sans doute, datait de loin, mais qui s'était révélé brusquement, en pleine santé, sans autre réaction que la douleur. Nous n'avons pas trouvé de calculs dans la vésicule : que le canal cystique fût obtrué ou oblitéré, le fait n'est pas douteux, bien que nous n'ayons pas cherché à faire le cathétérisme: il suffit de rappeler que la fistule lombaire s'est fermée, sans avoir, à aucun moment, fourni d'écoulement biliaire. Peut-être l'occlusion du canal cystique est-elle due à un calcul enclavé, encore que l'exploration, un peu rapide, il est vrai, ne nous ait rien révélé. Quoi qu'il en soit, en présence de cette vésicule remplie de pus, et de paroi épaissie et malade, il n'y avait rien à tenter, de ce côté, et le barrage cystique devenait une condition heureuse.

Quant à la situation basse de cette énorme vésicule, à son extrême mobilité, à son apparente indépendance, à ses analogies étroites avec un rein mobile et pathologique, ce sont là des données qui ne sont pas nouvelles, et l'on a souvent affaire à pareilles difficultés dans le diagnostic des affections de la vésicule. Aux faits cités plus haut de MM. Tuffier et Reboul, il serait aisé d'ajouter beaucoup d'autres exemples.

Je ne tiens à faire ressortir, ici, que le mode d'intervention que nous avons, je ne dirai pas choisi, mais adopté, au cours d'une opération entreprise à d'autres fins. En fait, la cholécystostomie lombaire n'a pas été pour nous, pas plus que pour M. Reboul, et j'ajoute, ne saurait être un procédé de choix : pour être correctement exécutée, elle suppose une vésicule à la fois très mobile et de très grandes dimensions. Une fois l'incision faite et le contenu évacué, il nous fut aisé de nous convaincre que, si les parois, désormais affaissées, de la vésicule n'avaient pas conservé une ampleur anormale, leur fixation à la région lombaire eût entraîné la bascule du foie et provoqué des tiraillements et des coudures, peut-être nuisibles. Ce point réservé, et l'intervention par voie lombaire n'ayant lieu, du reste, que pour ces grosses vésicules, abaissées et mobiles qui simulent des tumeurs du rein, on ne saurait nier qu'il y n'ait tout avantage, en pareil cas, à poursuivre l'opération commencée par l'incision postérieure, et à pratiquer la cholécystostomie lombaire.

M. Tuffier. — Le très beau résultat que vient de nous montrer M. Lejars prouve quel avantage peut présenter comme *voie de nécessité* l'abord des voies biliaires par la région lombaire et je suis très satisfait d'avoir pu indiquer cette possibilité.

La voie abdominale est la voie d'élection pour ouvrir la vésicule, comme la région lombaire mérite la préférence pour aborder

les suppurations du rein. J'ai dû cependant, dans deux cas d'erreur du diagnostic, pratiquer la *néphrotomie pour suppuration rénale par voie transpéritonéale.* Il s'agissait de très volumineuses pyonéphroses. C'est encore là un moyen d'exception, mais qui m'a réussi chez mes deux malades. J'avais eu soin d'exclure la grande séreuse du foyer opératoire en suturant le péritoine prérénal au péritoine de la face antérieure de l'abdomen. Il est bon d'avoir à sa disposition ces *procédés de nécessité*, et de savoir qu'ils ne présentent pas de gravité spéciale.

Présentation de pièces.

Occlusion intestinale produite par un diverticule de Meckel.

M. GUINARD. — Le 28 janvier dernier, je suis appelé d'urgence à Bicêtre pour un malade âgé de trente-six ans, soigné dans le service de M. Marie, pour une paraplégie syphilitique. Vingt-neuf heures auparavant, le malade a été pris brusquement de vomissements et de douleurs abdominales localisées d'abord à droite, et autour de l'ombilic. A l'infirmerie, on pense à des coliques hépatiques, et on pratique des injections de morphine. Le lendemain, l'état s'aggrave, le ventre se ballonne, le facies devient péritonéal, et il n'y a pas d'émission gazeuse ou fécale par l'anus. Au moment où je vois le malade, le diagnostic porté était perforation de l'estomac ou du duodénum : je rejette ce diagnostic pour penser à une appendicite. Et j'appuyais ma conviction sur trois signes principaux : 1° la température qui était de 39°,2; 2° l'existence du point douloureux de Mac Burney; 3° une zone de matité dans la fosse iliaque droite.

Le malade est anesthésié par l'éther, et je fais l'incision de Roux pour l'appendicite. Il s'écoule aussitôt une notable quantité de liquide séreux, mais je tombe sur un cæcum absolument vide et rétracté et sur un appendice normal. Des anses, très distendues, se présentent incessamment dans la plaie, et je m'aperçois que deux d'entre elles sont serrées dans un anneau formé par un cordon dur et violacé. Je sectionne ce cordon et les gaz reprennent aussitôt leur cours. En tirant alors sur le cordon sectionné, j'amène une anse intestinale sur la convexité de laquelle il s'insère, et j'en conclus qu'il s'agit d'un diverticule de Meckel : par son autre extrémité, cet organe adhérait au méso-côlon iliaque près du rectum. Malgré la rapidité de l'intervention, le

drainage soigné de l'abdomen, et les injections ultérieures de sérum, etc., l'opéré succomba le 29 janvier au matin.

Je présente le diverticule de Meckel, que j'ai enlevé; il a 23 centimètres alors que le plus long qu'Augier signale dans sa thèse n'a que 16 centimètres. Il a le volume et l'aspect d'un cordon ombilical d'un fœtus de six mois. Il est perméable dans toute son étendue, et offre des saillies graisseuses, irrégulières, sur tout son trajet.

L'autopsie a montré à M. Chifoliau, interne du service, qu'il s'insérait sur l'intestin grêle, à 70 centimètres de la valvule iléocæcale : à ce niveau, la muqueuse n'offre aucune dépression, aucun orifice anormal. Il n'y avait pas trace de perforation intestinale et le malade n'a succombé qu'à cause de l'état précaire dans lequel il se trouvait du fait de sa paraplégie antérieure.

M. Kirmisson. — C'est toujours à droite que l'on trouve le diverticule, d'où les erreurs de diagnostic, telles que colique hépatique, appendicite... Y avait-il d'autres malformations?

M. Guinard. — Aucune.

Cancers du rectum opérés par voie périnéale; quelques points de technique opératoire.

M. Quénu. — Voici deux pièces de cancers du rectum opérés par voie périnéale avec simple résection coccygienne. Dans l'une, l'ulcération commence aux valvules de Margagni et s'étend à 12 ou 13 centimètres; dans l'autre, la limite inférieure est à 7 ou 8 centimètres de l'orifice anal et la limite supérieure à 14 ou 15 centimètres. J'ai réséqué de 16 à 18 centimètres d'intestin, de manière à ce que 3 ou 4 centimètres de muqueuse saine, ou moins, séparent le plan de section de la limite supérieure du mal. Chez un troisième malade, j'ai suivi la même technique avec le même excellent résultat. J'ai délaissé le tube de Paul et j'ai établi immédiatement un anus périnéal en apportant à la technique des modifications qui en font réellement une opération des mieux réglées. Cette technique me permet de réduire de plus en plus les indications de l'opération de Kraske et de renoncer, dans la plupart des cas, aux grands délabrements osseux. Dans ses grandes lignes, l'opération reste telle que je vous l'ai exposée ici l'an dernier et telle qu'elle a été décrite au Congrès de chirurgie; je n'insisterai que sur les modifications que l'expérience m'a engagé à y apporter.

Je suis toujours la même ligne de conduite dans la préparation des malades : création d'un anus contre nature une douzaine de jours avant l'opération radicale, lavages du bout inférieur et égouttage; mais j'ai recours à une solution antiseptique toute différente et que je considère comme excellente pour le rectum, c'est l'eau oxygénée; le commerce nous la livre à 12 volumes; j'utilise une solution à 1 volume d'eau oxygénée pour 3 et quelquefois seulement 2 volumes d'eau bouillie.

Ces solutions n'ont aucune action irritante sur la muqueuse intestinale, elles désodorisent en quelques jours les cancers les plus infects et de plus leur action persiste après le lavage : car il reste dans le gros intestin une sorte d'émulsion d'oxygène qui, sans aucun doute, continue à agir sur les microorganismes et spécialement les saprophytes anaérobies.

Le résultat clinique a été excellent en tous points et j'ai étendu l'usage de ces irrigations à l'eau oxygénée à d'autres maladies du rectum, telles que les rectites syphilitiques et autres; mais de plus j'ai chargé mon interne, M. Claisse, de rechercher expérimentalement l'action de l'eau oxygénée sur la virulence du contenu intestinal comparativement à celle des autres solutions ordinairement employées. Pour cela, M. Claisse a procédé à un lavage abondant du rectum cancéreux, puis il a, à la fin des lavages, recueilli un peu de liquide pour l'ensemencer :

1° Avec l'eau bouillie, il a obtenu des cultures abondantes.

2° Avec l'eau boriquée à 3 p. 100, il a obtenu une culture assez abondante dès le lendemain.

3° Avec le permanganate de potasse à 1/1000, la culture est retardée; à la partie inférieure des tubes il se forme un dépôt composé de bacilles vivants mais se développant peu. Ces lavages déterminent l'irritation de l'intestin et l'augmentation de ses sécrétions.

4° Avec l'eau oxygénée officinale diluée à un 1/2, il ne s'est jamais développpé de culture sur la gélose, que l'ensemencement soit fait en laissant couler quelques gouttes de liquide sur le milieu ou par stries avec du fil de platine. De légers voiles apparaissant à la partie inférieure du tube ne contiennent habituellement pas de microbes ; ceux-ci d'ailleurs, quand ils existent, sont morts et ne donnent pas de cultures si on les repique.

De nos observations cliniques et de ces recherches expérimentales, je crois pouvoir conclure que l'eau oxygénée est le désinfectant par excellence du rectum; je n'ai rien changé à l'incision, ni au mode de libération et d'abaissement du rectum.

Une fois le cylindre rectal amené tout fermé en dehors, voici la conduite que je tiens actuellement : je rétrécis la plaie périnéale

en avant, mais auparavant j'ai fermé la cavité péritonéale et j'ai, au devant de l'intestin, suturé les débris du releveur de l'anus qui s'appliquent alors contre la prostate en formant une sangle qui la masque, puis avec des catguts, je suture par étages les lèvres de la plaie dans ses parties profondes et je termine par des fils cutanés qui également passent à travers la tunique séreuse de l'intestin, en arrière la peau et suturé, de manière à bien obturer la plaie retrorectale. Je procède alors au pansement de la cavité périnéale prérectale, que je bourre légèrement de gaze iodoformée. Je n'ai encore fait aucune excision rectale. Alors se place une nouvelle manœuvre. J'ai remarqué que si bien qu'on ait nettoyé et égoutté le rectum avant l'opération, le segment suturé à la peau contient toujours une sorte de boue noirâtre et sanguinolente : celle-ci provient du suintement et du saignement de la masse cancéreuse, sous l'influence des manœuvres de libération et de descente; aussi à ce moment de l'opération, les plaies étant bien protégées par de la gaze iodoformée et des compresses, je fends la paroi antérieure du rectum jusqu'au-dessus du cancer et je fais passer quelques litres d'eau oxygénée par l'anus iliaque; toujours j'ai trouvé l'intestin rempli de sang et de saletés.

Dans les conditions actuelles, il est très facile de procéder à ce nettoyage sans qu'aucune contamination se produise. Lorsque l'eau sort bien claire, on arrête l'irrigation, on essuie les surfaces sans y toucher et il ne reste plus qu'à procéder à deux temps :

1° La section du rectum au-dessus du néoplasme;

2° La confection de l'anus.

Avant de sectionner les parois rectales proprement dites, on a à sectionner les parties périrectales, le mésentère en particulier. On procède par petits coups de ciseaux en liant au fur et à mesure les vaisseaux; on réduit derrière l'orifice cutané créé par les sections précédemment faites, toutes les portions du tissu pararectal.

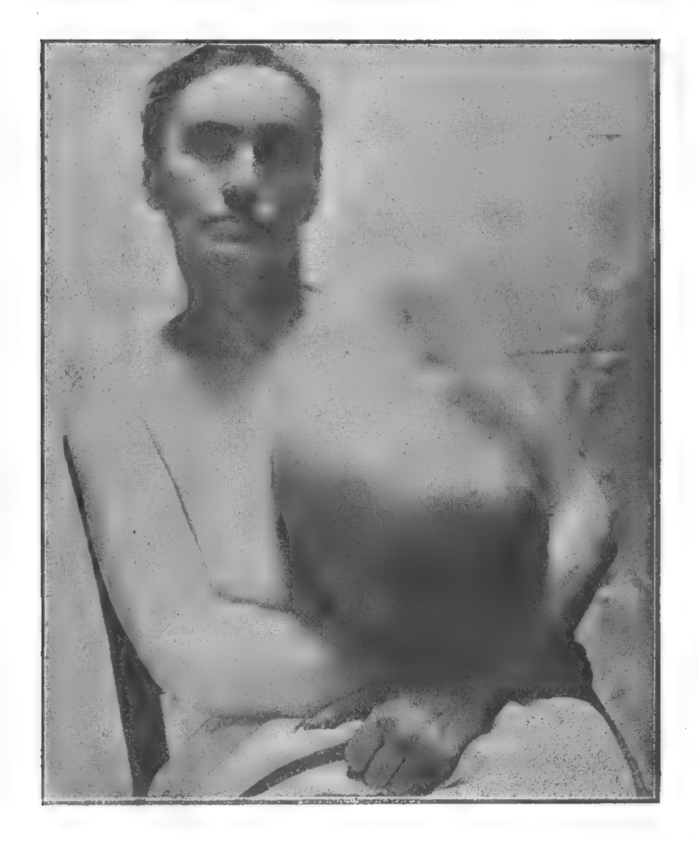
Le rectum proprement dit est alors incisé jusqu'à la muqueuse; l'hémostase est faite au catgut; quand il ne reste plus que la muqueuse, on la coupe à un bon centimètre au-dessous de l'orifice cutané et on la suture à la peau avec la plus grande minutie, en soignant l'affrontement. La soie fine me paraît, dans l'espèce, préférable au catgut, celui-ci se desserrant ou se résorbant trop vite. Comme pansement : gaze iodoformée faible et ouate de bois au sublimé, qui absorbe mieux que toute autre.

Fibro-adénome du sein gauche,

par M. Th. ANGER.

B... (Marie), quarante-neuf ans, entre à l'hôpital Beaujon, dans mon service, le 6 janvier 1898, pour se faire opérer d'une tumeur énorme du sein gauche.

Très vigoureuse jusqu'à ces derniers temps, mère de quatre enfants,



la malade s'était aperçu, en 1890, de l'existence, au niveau du mamelon, d'une petite masse de la grosseur d'une noix, indolente, mobile, à laquelle elle ne fit d'abord qu'une attention médiocre. Cependant la tumeur se développait lentement, sans perdre ses caractères d'indolence et de mobilité.

Il y a quatre ans, j'eus l'occasion de la voir, en Normandie, et constatai, à la partie externe du sein, une tumeur du volume d'un œuf de poule qui présentait l'aspect complet des fibro-adénomes. La malade refusa absolument de se laisser opérer.

Lorsque je la revis, en janvier dernier, le sein avait pris des dimensions

colossales. Il est occupé tout entier par une masse compacte, qui descend jusqu'à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure, et dont le poids seul est une cause de douleurs et contraint la malade à un alitement presque continu. La surface en est bosselée, mais recouverte par une peau normale, seulement distendue au niveau des lobes les plus saillants. Elle est très mobile, en masse, sur le plan pectoral. Il n'y a pas de ganglions perceptibles dans l'aisselle. En somme, malgré son volume, la tumeur a encore tous les caractères des tumeurs bénignes.

L'état général n'est pas très satisfaisant, sans qu'il y ait toutefois d'accident viscéral localisé; la malade est pâle, un peu amaigrie.

Le 10 janvier, on pratique l'ablation de toute la masse, qui se fait, d'ailleurs, sans difficulté, par une double incision semi-lunaire : il n'y a aucune adhérence avec le plan profond. Résection avec drain.

La réunion eut lieu sans incident, par première intention, et la malade quittait l'hôpital le 25 janvier.

La tumeur, qui pesait 7 kilogrammes, était constituée par une série de bosselures arrondies, blanchâtres, dont quelques-unes étaient ramollies et même kystiques à leur centre; le tout était entouré d'une coque peu épaisse, mais qui figurait une enveloppe complète. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un fibro-adénome, parsemé, çà et là, de quelques îlots de carcinomes.

M. Quénu. — J'ai vu une tumeur analogue chez une femme de quatre-vingt-un ans, qui en souffrait depuis plus de trente ans; elle avait été vue par Velpeau et Nélaton. Quand elle vint me trouver, sur un point, la peau était adhérente et avait, à ce niveau, une ulcération par laquelle elle perdait une quantité considérable de liquide séreux, dont j'ai pu évaluer approximativement la quantité, en pesant les serviettes, qui en étaient imbibées, à 700 à 800 grammes par jour. La tumeur était mobile sur le plan profond et il n'y avait pas d'adénopathie axillaire, elle a succombé à l'épuisement occasionné par cet écoulement séreux, et je suis persuadé que, si elle avait accepté l'opération, j'aurais pu la sauver; il ne s'agissait pas d'une maladie kystique, mais d'un adénome, car une partie de la glande était saine et paraissait avoir été refoulée par la tumeur.

M. Th. Anger. — En effet, chez ma malade comme chez celle de M. Quénu, tout le sein n'était pas envahi, il s'agissait d'un adénome kystique.

M. Routier. — J'ai opéré, en 1892, une malade d'un squirre du sein droit, malade qui, dans le sein gauche, avait une tumeur depuis plus de seize ans, que Richet avait qualifiée d'adénome. Elle avait le volume d'une tête de nouveau-né; et il n'y avait pas de ganglions. Elle avait de plus un fibrome utérin. Trois ans

après ma première opération, elle revenait me montrer cette tumeur du sein, à laquelle je n'avais pas touché; elle avait changé d'aspect, les ganglions s'étaient pris et il y avait évidemment dégénérescence cancéreuse. Je lui en fis l'ablation. L'examen montra qu'il s'agissait d'un adénome kystique dégénéré.

M. Quénu. — En effet, ces tumeurs bénignes finissent souvent par dégénérer. C'est une raison pour intervenir de bonne heure. Sur une pièce enlevée par M. Richet à une malade dont la tumeur remontait à dix-huit ans, l'examen histologique m'a montré cette dégénérescence d'une façon très nette. A côté d'adénome, j'ai trouvé du cancer alvéolaire, de l'épithélioma typique, atypique, et tous les stades intermédiaires de dégénérescence cancéreuse.

Présentation d'une pièce relative à une épiploïte chronique ayant transformé tout le tablier épiploïque en une masse indurée occupant tout l'abdomen, l'inflammation chronique ayant une hernie inguinale pour point de départ.

M. Lucas-Championnière. — Je présente des pièces, que j'ai trouvées au cours d'une opération de cure radicale de hernie, et et qui me paraissent d'une extrême rareté, puisque c'est la première fois que j'observe le fait, bien que je compte aujourd'hui plus de sept cents cas de cure radicale de hernie, et que j'aie observé un nombre bien considérable de hernies à tous les états.

Il s'agissait d'un homme que j'ai opéré il y a quinze jours, âgé de cinquante-trois ans. Il avait une hernie dont le début remontait à une époque fort reculée, à son enfance probablement; depuis plus de vingt ans il portait bandage sur sa hernie inguinale droite, et depuis quelque temps, bien que sa hernie fût devenue fort douloureuse, il continuait à porter son bandage.

Je le gardai dans le service avant de l'opérer et je pus constater qu'il avait une grosse hernie inguinale droite irréductible, douloureuse à la pression.

Le ventre était tendu et dur, à tel point que le palper était presque impossible.

Le séjour au lit avait un peu calmé ses douleurs; mais la hernie ne rentrait pas. Il n'avait du reste aucun vomissement et il put être purgé assez facilement.

Le 8 février dernier, je procédai à l'opération de la cure radicale. En ouvrant le canal inguinal, je le trouvai rempli par un enorme cordon, qui se continuait avec une tumeur des bourses, et j'eus

quelque peine à séparer un sac d'une masse épiploïque, si dégénérée que les assistants pensaient tous que j'avais affaire à quelque tumeur de nouvelle formation.

En sectionnant la masse jusqu'au centre, on en pouvait cependant reconnaître une partie de la structure de l'épiploon. Mais au centre même de cette masse, il y avait un liquide noirâtre, qui avait toutes les apparences des résidus d'un épanchement sanguin transformé.

Je vis alors que cette masse lardacée se prolongeait dans les bourses, mais se prolongeait également en haut vers l'abdomen, puisque dans l'abdomen elle faisait corps avec une énorme tumeur, qui occupait toute la partie antérieure de la cavité abdominale et descendait jusqu'au fond du petit bassin.

Je prolongeai alors mon incision en haut, bien au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, de façon à pouvoir pénétrer dans l'abdomen avec toute la main, et je pus alors décoller toute cette masse.

A la partie supérieure elle était juxtaposée au côlon transverse, et reprenait là les caractères de l'épiploon, tandis que partout jusque-là on n'avait dans la main qu'une masse lardacée, qui paraissait au premier abord fusionnée avec la paroi abdominale.

Le détachement de cette tumeur fut très laborieux, et me laissa une immense cavité abdominale à parois très saignantes, après que j'eus réséqué tout l'épiploon avec un grand nombre de catguts. Je pus néanmoins la refermer complètement.

Je traitai toute mon incision comme j'ai l'habitude de traiter la plaie du canal inguinal en faisant chevaucher les parois l'une sur l'autre à l'aide d'une série de fils en U ; j'espère avoir ainsi une paroi parfaitement solide.

Mon malade est actuellement en bonne voie de guérison.

La pièce constitue, comme vous voyez, une masse épaisse et lourde, lardacée et très différente d'aspect de l'épiploon sain. A un examen superficiel, cet aspect ne diffère pas de celui des masses cancéreuses de l'épiploon.

L'examen histologique ne m'a révélé la présence d'aucun élément pouvant caractériser une tumeur maligne. Il paraît bien qu'il s'agisse là d'une masse soumise à un état d'inflammation chronique.

J'ai vu souvent dans des hernies des épiploons transformés ainsi dans une étendue plus ou moins grande. J'ai vu de ces îlots épiploïques pris pour des cancers.

Ce que je n'avais jamais vu, c'est une masse intra-abdominale en continuité avec un épiploon herniaire altéré, et ayant subi la même altération que la masse herniée.

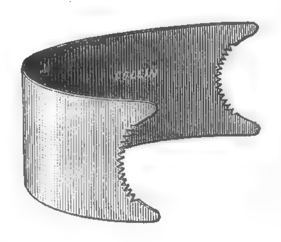
Le cas est d'autant plus remarquable que c'est le tablier épiploïque en entier qui a subi cette dégénérescence, que la tumeur ainsi constituée occupant une grande partie de l'abdomen a donné lieu à une des opérations les plus laborieuses que j'aie eu occasion de faire.

C'est ainsi qu'il est probable que cette altération pathologique de l'épiploon a pour point de départ les pesées d'un bandage appliqué constamment sur un épiploon irréductible.

Présentation d'instruments.

Un nouvel écarteur abdominal.

M. Chaput. — J'ai fait construire par M. Collin, un écarteur abdominal d'une extrême simplicité. Il se compose d'une lame



élastique d'acier nickelé, large de 4 centimètres, longue de 17 centimètres, et légèrement courbée sur le plat.

Les bords de cette lame sont rectilignes.

Les deux extrémités sont échancrées et garnies de dents de scie très aiguës.

Pour mettre l'instrument en place, on fait bâiller la plaie abdominale, on augmente la courbure de l'écarteur pour qu'il tienne le moins de place possible, et on applique sa partie moyenne contre l'extrémité inférieure de l'incision pariétale. On laisse ensuite la lame se redresser par son élasticité naturelle.

Les dents de scie des échancrures terminales se fichent alors dans l'épaisseur des muscles droits de l'abdomen, et l'instrument reste alors absolument immobile : car il ne peut ni avancer ni reculer ; il est retenu en bas par l'angle de la plaie, et en haut par les bords dentés de l'échancrure qui s'appuient sur les muscles droits.

Parfois la partie moyenne de l'instrument s'enfonce un peu

trop dans le ventre. Pour éviter cet inconvénient, j'ai fait percer des trous à la partie moyenne de l'écarteur ; ces trous permettent de fixer l'appareil à l'angle inférieur de la plaie par un point de suture.

Cet appareil si simple écarte merveilleusement les parois abdominales et je pense qu'il sera très apprécié des laparotomistes, qui voudront bien l'employer.

M. Routier. — Je critique d'une façon générale l'usage des écarteurs ; je leur trouve deux gros inconvénients : le premier, c'est d'être inutiles ; le deuxième, c'est de n'offrir qu'un orifice d'écartement dur aux doigts ; à part celui de Farabeuf, je ne m'en sers jamais et je serais d'avis de les proscrire d'une façon radicale.

M. Quénu. — Je ne suis pas de l'avis de M. Routier; l'écarteur sus-pubien rend de grands services, mais il faut avoir incisé la paroi jusqu'au niveau de la symphyse, pour qu'on puisse le placer avec fruit. Cela donne, dans ce cas, un jour considérable, je ne suis donc pas d'avis de proscrire les écarteurs.

M. Reynier. — Je suis de l'avis de M. Quénu; les écarteurs, quand on sait s'en servir, peuvent sur les femmes grasses ou chez celles dont les parois musculaires sont rigides, rendre de grands services, surtout quand on se sert du plan incliné.

M. Chaput. — Je suis de l'avis de mes deux collègues; les écarteurs, chez les femmes grasses, peuvent faciliter beaucoup l'opération.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 2 MARS 1898

Présidence de M. BERGER

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix, et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. GÉRARD-MARCHANT, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une note de M. AUGUSTE REVERDIN, *sur un nouveau procédé de suture*. Cette note sera lue au cours de la séance.

M. MONOD. — M. Galippe m'a demandé d'offrir à la Société de chirurgie un mémoire publié en 1894, sur *la genèse des calcifications pathologiques*, où il expose les recherches qu'il a faites sur ce sujet, et dont le début remonte comme l'a rappelé M. Hartmann dans notre dernière réunion, à 1886.

M. Galippe attire particulièrement notre attention sur les expériences *in vitro* qu'il a poursuivies pendant quatre ans et demi (de 1885 à 1890), par lesquelles il a essayé d'établir la formation de calculs autour de microorganismes.

A propos du procès-verbal.

Volumineux sarcome du sein gauche. Début vingt-cinq ans auparavant. Quatre opérations, suivies de guérison définitive. Développement consécutif d'un sarcome à distance (dos). Mort de pleurésie secondaire (1),

par M. CH. MONOD.

Mme C..., cinquante-quatre ans, a constaté, il y a vingt-cinq ans, l'existence, dans le sein gauche, d'une petite tuméfaction, pour laquelle M. Nélaton père, consulté, avait conseillé l'expectation. Il s'agissait évidemment d'un adénome.

(1) La première partie de cette observation a été présentée, avec la pièce à la Société anatomique, en juillet 1889, par mon interne M. Vignerot (*Bull. de la Soc. anatom.*, 1889, p. 485).

En 1886, je vois la malade pour la première fois; elle porte, dans le segment supérieur du sein gauche, une tumeur dure, inégale, du volume d'une petite pomme, très mobile sur les parties profondes; la peau, à sa surface, est amincie, non adhérente, pas de ganglions axillaires.

Je conseille une ablation, qui n'est pas acceptée. Je suis rappelé auprès de cette dame, en juillet 1889, et fus véritablement effrayé de l'état où elle se trouvait.

La région thoracique antérieure gauche est occupée par une énorme tumeur, qui retombe de son poids sur le ventre, allant presque jusqu'à toucher la cuisse. Au centre de cette masse, une ulcération par où s'échappait un liquide ichoreux fétide; des masses fongueuses, saignantes se montrent dans cet espace ouvert. La peau à l'entour, saine d'ailleurs, et glissant sur les parties sous-jacentes, est sillonnée de veines volumineuses.

J'apprends que cette énorme augmentation de volume ne s'est produite que dans les deux ou trois derniers mois. L'ulcération ne date que de trois jours.

La malade a, du reste, de bonnes apparences de santé : elle est obèse, mais n'a aucune tare appréciable (poumons, cœur, foie). Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Opération (12 *juillet* 1889). — Ablation facile au bistouri; l'aisselle explorée contient un petit ganglion, qui est enlevé par prudence, réunion *per primam*.

La tumeur pèse 5 kil. 1/2. Sa circonférence à la base est de 74 centimètres.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un myxo-sarcome. Le ganglion enlevé est normal.

Bon état jusqu'en mars 1890.

Mars 1890. — Petit noyau dur à la partie externe de la cicatrice.

Ablation sans incidents le 16 mars.

Septembre 1890. — Nouveau noyau induré, au-dessous de la cicatrice de la dernière opération.

Je ne la vois qu'en octobre : tumeur grosse comme une petite orange.

Ablation le 13 octobre 1890, sans incident.

Avril 1891. — 3e récidive, noyau gros comme une petite noix, toujours à la partie externe de la cicatrice.

Ablation le 25 avril 1890.

A partir de cette dernière opération, la guérison reste définitive; elle fut constatée en 1896, lors de la mort de la malade.

Mais, en 1894, se développe à distance, sur la partie latérale gauche du thorax, au-dessous du rebord costal, dans la région du flanc, une tumeur arrondie, de consistance dure, mobile sur les parties profondes, peau intacte, qui a toutes les apparences

d'un fibrome, mais qui doit être une repullulation à distance de la tumeur primitive du sein.

Le fait fut, en effet, démontré par l'examen histologique, à la suite de la première ablation.

Celle-ci dut être pratiquée à trois reprises successives : en juillet 1894, en novembre 1894, en juillet 1895.

Jusqu'alors, la santé générale de la malade était restée florissante; elle ne commença à péricliter qu'à la fin de 1895. A ce moment, M[me] C... est atteinte d'une pleurésie avec épanchement à marche lente à laquelle elle succomba, avec phénomènes cardiaques, le 17 février 1896. La tumeur du dos était en récidive depuis novembre 1895.

Remarques. — J'ai à peine besoin de dire combien ce fait vient à l'appui de l'observation rapportée dans notre dernière réunion par M. Th. Anger, et des remarques qu'il a présentées sur la transformation possible de tumeurs primitivement bénignes du sein en tumeurs malignes.

On peut aussi déduire de là l'utilité d'opérer quand même et de bonne heure, les tumeurs dites bénignes du sein, dès qu'elles manifestent la moindre tendance à progresser.

M. Bazy. — A l'appui de l'opinion qui vient d'être soutenue de la possibilité de la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes, et d'une tumeur kystique en carcinome vrai, je puis citer l'observation d'une dame de soixante-cinq ans que je viens d'opérer, chez laquelle j'avais fait le diagnostic de cancer du sein, de même que le professeur Berger à qui j'avais demandé son avis. Ce diagnostic clinique facile et net a de plus été confirmé par l'examen histologique qui, à la rigueur, n'eût pas été nécessaire, à cause de l'adénopathie axillaire qui a nécessité le curage de l'aisselle.

Or, cette dame avait été vue en 1879, par Broca le père, et, après sa mort, par Gosselin, qui avait diagnostiqué une tumeur kystique (probablement adénome kystique du sein), avait fait la ponction, le drainage et des injections de teinture d'iode.

Ceci se passait en 1880.

Ce n'est que depuis deux ans, c'est-à-dire seize ans après environ, que cette dame s'est aperçue de modification dans son sein, auxquelles son médecin habituel n'avait pas attaché d'importance, et pour laquelle, en raison peut-être de ses antécédents et croyant toujours à la bénignité de la tumeur, il avait conseillé l'abstention.

Occlusion intestinale par un canal omphalo-mésentérique persistant,

par M. HARTMANN,

La pièce d'étranglement intestinal, que nous a présentée, dans la dernière séance, notre collègue A. Guinard, m'engage à vous apporter l'observation d'un malade que j'ai opéré avec succès pour une lésion de même nature.

OBSERVATION. — *Etranglement par persistance d'un canal omphalo-mésentérique. — Laparotomie. — Résection de l'intestin étranglé et du canal omphalo-mésentérique. — Entéroraphie circulaire. — Guérison.*

J. J..., vingt-neuf ans, charretier, entré le 17 juin 1897, à l'hôpital Bichat.

D'une bonne santé habituelle, il est sujet depuis son jeune âge à des coliques revenant assez fréquemment durant deux, trois à quatre jours et s'accompagnant de constipation. Jamais cependant ces coliques n'avaient été assez violentes pour l'obliger à s'aliter.

Le 12 juin, il est pris brusquement, vers trois heures de l'après-midi, de coliques généralisées qui augmentèrent rapidement et l'obligèrent à rentrer se coucher vers la fin de l'après-midi. Vers dix heures du soir, il commence à avoir des vomissements d'abord alimentaires, puis porracés.

Le 13, ne pouvant aller à la garde-robe, il prend plusieurs lavements qui restent sans effet. Les jours suivants, les mêmes symptômes continuent. Le ventre, ballonné dès le premier jour, reste ballonné; il n'y a aucune émission, ni de gaz, ni de matières par l'anus; les vomissements se répètent soit à l'occasion de l'ingestion d'une petite quantité de lait, soit sans cause aucune.

Le 17 nous l'examinons : Le ventre est ballonné, partout tendu, un peu douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite.

Il est d'une sonorité tympanique, sauf dans la partie inférieure droite où cette sonorité diminue un peu. L'ombilic est le siège d'un suintement; il présente un petit bourgeon d'apparence charnue au fond du creux; nous cherchons sans succès à y engager un fin stylet; le malade que nous interrogeons sur la date d'apparition de ce petit point rouge, ne peut nous donner aucun renseignement à cet égard. Il n'y avait jamais prêté attention et ne savait pas qu'il présentait là quelque chose de particulier.

Endormant immédiatement le malade, nous faisons à la paroi une incision médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une notable quantité de sérosité. Les anses grêles sont rouges, dilatées. Plongeant la main dans la fosse iliaque gauche, nous constatons que le côlon iliaque est vide; le cæcum exploré ensuite est également vide. Nous remontons alors l'intestin grêle en partant du cæcum. Après avoir dévidé et rentré à

mesure un certain nombre d'anses, nous tombons sur la partie étranglée, mais sommes alors pris de grandes hésitations. L'intestin se divise en trois branches d'égal volume, toutes trois distendues. Nous rappelant à ce moment l'aspect général que présentait l'ombilic, nous songeons immédiatement à la persistance d'un canal omphalo-mésentérique.

Descendant la branche inférieure verticale du T, constitué par cet intestin distendu, nous le voyons presque immédiatement se recourber en arrière de la branche horizontale, pour remonter derrière elle et se continuer à peu de distance avec un cordon d'apparence fibreuse qui s'insère à la face profonde de la cicatrice ombilicale.

Prolongeant notre incision en haut, nous circonscrivons l'ombilic, l'enveloppons dans de la gaze stérilisée et le faisons passer successivement en arrière, puis au-dessous de l'anse étranglée avec laquelle, du reste, se continue l'ensemble formé par la cicatrice ombilicale, le cordon d'apparence fibreuse et le diverticule intestinal.

L'étranglement est levé. L'intestin grêle ne reprend cependant pas son volume au niveau du point étranglé, immédiatement au-dessous du diverticule. Il est grisâtre à ce niveau et nous semble présenter un rétrécissement. Nous nous décidons alors à faire une entérectomie. Le bout inférieur est fermé par la pose sur lui d'une pince de Kocher; nous voulons agir de même sur le bout supérieur, mais les tissus se déchirent partiellement sous la pince. Aussi perforant avec une pince le mésentère un peu au-dessus, nous ramenons un petit tube à drainage et serrons avec lui le bout supérieur et nous sectionnons alors l'intestin des deux côtés de l'anse étranglée, puis le mésentère le long de la portion intestinale enlevée. L'anse enlevée, nous rapprochons le mésentère par deux points de suture et pratiquons l'entérorraphie circulaire, comme nous avons l'habitude de la pratiquer, avec deux surjets, l'un comprenant toutes les tuniques de l'intestin, l'autre enfouissant le premier, comprenant les tuniques séreuses et musculaires. Chacun de ces surjets est fait à la soie, avec deux fils noués ensemble au point de départ du surjet, à l'insertion mésentérique. De distance en distance, nous arrêtons notre fil et lorsque nous arrivons à la partie opposée au mésentère, les deux fils se rencontrent et sont noués l'un à l'autre, de manière à assurer la continuité du surjet.

Le 18, le malade a une légère teinte subictérique des conjonctives, mais il rend des gaz par l'anus.

Le 22, nous provoquons par un lavement deux garde-robes abondantes.

La guérison est obtenue sans incident.

Pendant les premiers jours, nous n'avions donné que du champagne, puis du lait et nous avions fait faire dans le tissu cellulaire des injections de sérum, 1,500 grammes le premier jour, 1,000 le second et le troisième, 500 le quatrième.

Examen de la pièce, par le Dr Mignot. — Le diverticule présente une forme générale en massue, étant notablement comprimée à son insertion sur le bord convexe de l'intestin. Sa largeur est de 6 centimètres,

sa longueur de 4. Il se continue avec un cordon d'apparence fibreuse, dont le diamètre est de 4 millimètres et la longueur de 3 cent. 1/2. Ce cordon se termine dans le bourgeon décrit au niveau de la cicatrice ombilicale.

Des coupes ont été faites : 1° sur la partie comprimée au voisinage de l'intestin; 2° sur la partie dilatée du diverticule; 3° sur le cordon d'apparence fibreuse.

1° *Coupes de la partie comprimée.* — La paroi est considérablement amincie et ne mesure qu'un tiers environ de l'épaisseur de la paroi saine. Il existe une infiltration sanguine de toutes les tuniques. Cette infiltration, légère dans la couche péritonéale, est plus marquée dans la couche musculaire et dans la sous-muqueuse. Les noyaux des fibres musculaires semblent se colorer difficilement. La muqueuse a totalement disparu.

2° *Coupes de la partie d'apparence saine.* — Le péritoine, la couche sous-péritonéale et la tunique musculaire offrent un aspect identique à celui d'un intestin normal. La couche sous-muqueuse est saine. Les glandes de la muqueuse sont très volumineuses, souvent ramifiées. Entre les glandes, on trouve une infiltration embryonnaire assez marquée.

3° *Coupes au niveau du cordon d'apparence fibreuse.* — Ce cordon est constitué par des couches musculaires concentriques. La couche externe est formée de fibres parallèles à la direction du cordon; c'est la plus épaisse. La couche interne est formée de fibres circulaires. Dans ces deux couches, les fibres musculaires sont beaucoup plus abondantes que les tractus fibreux. Le centre du cordon est formé d'un amas glandulaire constitué par de gros tubes tapissés par un épithélium cylindrique à cellules très volumineuses. La lumière de ces conduits glandulaires est large; il y a très peu de tissu cellulaire interposé entre eux. En somme, cette partie centrale avec ses glandes à épithéliums volumineux, reproduit assez exactement l'aspect que présentent sur des coupes les polypes muqueux du rectum.

Cette observation m'a paru mériter de vous être présentée par sa rareté. La plupart des occlusions par diverticule de Meckel sont analogues à celle de M. Guinard, mais on n'a observé que peu de cas d'étranglements de l'intestin par un canal omphalo-mésentérique persistant jusqu'à l'ombilic; cela, croyons-nous, pour deux raisons :

1° Il est rare de voir la lumière du diverticule s'étendre jusqu'à la cicatrice ombilicale. Sur 1,446 sujets examinés, T.-N. Kelynack (1) a trouvé 18 diverticules de Meckel, mais pas un ne s'étendait jusqu'à l'ombilic.

2° Les enfants, nés avec ce vice de conformation, meurent souvent par suite de la coexistence d'autres malformations ou par

(1) Kelynack (T.-N). *Brit med. J.*, London, 21 août 1877, p. 459.

complication de prolapsus de l'intestin par l'ouverture ombilicale. D'autres sont traités pour le suintement que présente l'ombilic. Peu arrivent, en somme, à conserver leur canal persistant et restent, par conséquent, exposés aux accidents d'occlusion de l'intestin.

Nous n'en connaissons que deux observations : une de Leisrink, relatée par Alsberg (1), l'autre de Max Jordan (2).

Dans le cas de Leisrink, il y avait un canal omphalo-mésentérique se continuant par une fistulette jusqu'à l'ombilic; dans celui de Max Jordan, le diverticule se terminait en cul-de-sac, au niveau de la cicatrice ombilicale. Ces deux cas opérés se sont terminés par la mort. Le cas que nous relatons est donc le seul cas d'occlusion par canal omphalo-mésentérique persistant jusqu'à l'ombilic, opéré et guéri.

M. Kirmisson. — Le cas rapporté par M. Hartmann est très intéressant au point de vue chirurgical et anatomo-pathologique, car il se présente comme l'intermédiaire entre ces cas de persistance du diverticule de Meckel, et ces cas relatés par différents observateurs et qu'on trouve étudiés dans Lannelongue, où il existe des tumeurs adénoïdes qui ont des éléments musculaires à la périphérie et au centre des éléments glandulaires d'une muqueuse. Cette observation réunit ces deux ordres d'anomalies, et c'est le seul cas, que je connaisse, de ce genre.

Discussion.

Sur les luxations irréductibles de la hanche.

M. Ricard. — Le rapport de notre collègue Nélaton, sur l'observation de M. Delagenière (de Tours), a fort nettement mis au point les indications de l'intervention chirurgicale sur les luxations irréductibles de l'épaule, suivant leurs variétés.

Lors de la discussion de 1895, j'avais déjà, avec notre collègue, émis l'opinion que l'arthrotomie était le traitement de choix dans les luxations immédiatement irréductibles. L'irréductibilité immédiate est, en effet, une anomalie dans les luxations récentes. Et lorsqu'une luxation a résisté aux efforts méthodiquement combinés de réduction, c'est qu'il existe une lésion spéciale, une interposition

(1) Alsberg, *Arch. für Klin. Chir.*, Berlin, t. XXVIII, p. 169.
(2) Jordan (Max), *Belenir Klin. Woch.*, 1896, p. 25.

capsulaire, tendineuse ou osseuse, qui s'oppose à la réduction par les procédés usuels. Or, s'il existe une lésion anormale, en réalité inconnue, est-il logique de recourir aux grandes violences d'extension par les appareils ; traction aveugle et brutale, parfois périlleuse et souvent compromettante pour l'intégrité fonctionnelle de l'articulation ? Pour ma part, avec nombre de mes collègues, je n'hésite pas à recourir à l'arthrotomie large immédiate, et mes résultats, dans les deux cas que j'ai rappelés en 1895, ont été excellents.

Après plusieurs semaines, lorsque la luxation a été méconnue, et qu'on a lieu de supposer que l'irréductibilité tient, non pas à des particularités dans les désordres articulaires, mais à la rétraction des lèvres de la déchirure capsulaire et à des adhérences néoformées, il est légitime d'essayer de rompre ces adhérences par des mouvements brusques de rotation imprimés à la tête sous une traction énergique. Mais si l'on ne réussit pas assez facilement, c'est encore à l'arthrotomie large qu'il convient d'avoir recours. Telle est la conduite que j'ai tenue dans le cas suivant dont voici l'observation résumée :

« Le nommé P... (Auguste), âgé de cinquante-six ans, charretier, entre à l'Hôtel-Dieu le 1er mai 1891, pour une impotence douloureuse du bras droit, remontant à une chute de voiture datant de six semaines. Il est facile de voir qu'il existe une luxation intra-coracoïdienne, presque sous-claviculaire. Les tractions les plus énergiques soit avec des aides, soit avec des moufles, faites sous le chloroforme, d'après les différents procédés classiques, ne peuvent déloger la tête qui reste très haut sous la clavicule.

Le 5 mai, le malade est chloroformé à nouveau, et après avoir, par une incision angulaire, désinséré le deltoïde dans un vaste lambeau, je découvre l'humérus profondément caché, au milieu de tissus que les tractions avaient rendues ecchymotiques, la tête humérale était presque inaccessible; cependant, elle descend quelque peu sous l'influence des tractions que je fais exercer. J'incise progressivement toutes les brides fibreuses tendues, qui paraissent s'opposer à la progression de la tête. Malgré une ouverture large et une désinsertion presque complète de la capsule sur la tête, il m'est impossible de faire réintégrer la cavité glénoïde. C'est qu'en arrière et en dedans, à 5 ou 6 centimètres au-dessous, existait une forte bride tendue, s'insérant sur une saillie osseuse irrégulière, qui paraissait être formée par le cal d'une fracture. Est-ce la grosse tubérosité détachée par le traumatisme et consolidée vicieusement? Je n'ai, on le comprend, fait aucune recherche à cet égard. Mais, détachant cette saillie à l'aide du

ciseau de Mac Even, j'eus la satisfaction de voir la tête réintégrer aussitôt la cavité glénoïde.

Quinze jours après, le malade quittait l'hôpital.

Je le revis en juillet, c'est-à-dire deux mois après l'opération, le fonctionnement de l'articulation était presque parfait, mais non complètement cependant. Les mouvements d'abduction et de flexion en arrière étaient encore limités.

En octobre, l'opéré pouvait être considéré comme complètement guéri et jouissait de l'intégralité de ses mouvements. »

Cette observation est non seulement intéressante par le résultat thérapeutique qu'elle a permis d'obtenir, mais elle montre combien il eût été illogique de s'obstiner dans les manœuvres forcées d'extension; car l'obstacle à la réduction consistait dans la consolidation vicieuse d'un fragment osseux arraché lors du traumatisme.

M. Chaput. — J'approuve tout à fait les conclusions de M. Nélaton. Je suis d'avis, comme lui, qu'il faut restreindre considérablement les indications de la résection dans les luxations anciennes de l'épaule, car la résection est loin de fournir une néarthrose dont le fonctionnement soit comparable à celui d'une articulation normale.

Après la résection, en effet, les mouvements passifs sont très étendus, mais les mouvements actifs sont beaucoup plus restreints; les malades ne peuvent qu'à grand'peine élever le bras soit en avant soit en dehors, à plus de 45 degrés; ces mouvements limités ne se passent pas entièrement dans l'articulation de l'épaule, et ils ne sont possibles que grâce au déplacement de l'omoplate qui complète avantageusement l'insuffisance de la néarthrose scapulo-humérale. Non seulement les mouvements actifs sont limités, mais encore la force du membre se trouve considérablement diminuée.

Si l'on examine la région de l'épaule d'un malade réséqué, on constate qu'il existe un vide de plusieurs centimètres entre l'extrémité supérieure de l'humérus et la voûte acromio-coracoïdienne. Le mouvement d'abduction ou de projection en avant s'effectue en deux temps; dans un premier temps, l'extrémité supérieure de l'humérus remonte et prend contact avec la voûte acromio-coracoïdienne qui lui sert de point d'appui; dans le second temps, le mouvement d'élévation commence.

Il résulte de ce fonctionnement défectueux, qu'une partie de la puissance musculaire est utilisée pour l'ascension de l'humérus, au détriment du mouvement d'élévation proprement dit.

La forme de la nouvelle tête humérale contribue aussi à limiter

les mouvements. Nous n'avons plus comme à l'état normal, une tête parfaitement ronde, lisse et bien lubrifiée, mais une extrémité osseuse irrégulière, anguleuse, hérissée d'aspérités, dépourvue de cartilage et non lubrifiée de synovie; cette tête glisse mal, roule mal, elle bute contre les irrégularités de la capsule et de la glénoïde; elle ne permet pas, en un mot, de larges mouvements d'élévation.

En résumé, le fonctionnement de la néarthrose scapulo-humérale après résection est bien inférieur à celui d'une articulation normale, au point de vue de la force du membre et de l'étendue des mouvements.

Chez les gens du peuple faisant un métier manuel, exigeant plus de force que de souplesse, une résection donne des résultats peu supérieurs à ceux d'une luxation non réduite mais bien mobilisée.

J'ai eu l'occasion de faire ces réflexions tout récemment, à propos d'un homme, entré récemment dans mon service, avec une luxation récidivante de l'épaule. La tête humérale était très augmentée de volume, et l'on percevait des craquements d'arthrite sèche. Ni l'opération de Ricard ni celle de Mikülicz ne pouvaient donner de résultats satisfaisants avec une tête aussi déformée, et la seule opération rationnelle était la résection.

Je savais à quel point la résection portait atteinte à la solidité de l'épaule, aussi, constatant que le malade portait sans trop de peine sa main sur sa tête, et qu'il se servait facilement de son bras, je me contentai de lui prescrire des manœuvres de mobilisation.

J'admets toutefois que la résection s'impose: non seulement quand les mouvements sont limités ou douloureux, comme le disait M. Nélaton, mais aussi quand il y a des accidents de compression sur les vaisseaux et nerfs de l'aisselle.

Je considère aussi que la résection est indiquée dans les luxations récidivantes de l'épaule avec déformation considérable de la tête humérale, comme dans le cas suivant que je vais vous résumer rapidement.

Il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans (1), épileptique, hospitalisé à Bicêtre, qui eut sa première luxation huit mois auparavant, dans un accès nocturne d'épilepsie. Depuis cette époque, l'accident s'est reproduit une ou plusieurs fois par semaine, presque toujours la nuit, et dans un accès d'épilepsie. La luxation était réduite facilement soit par le malade lui-même, soit par l'interne de garde, au moyen des manœuvres d'extension simple, ou de celles de Kocher.

La luxation se reproduisait aussi à l'occasion de certains mou-

(1) Observation reproduite dans la thèse de M. Fontoynont, 1898.

vements, et le malade en était très gêné dans ses travaux de jardinage. Il s'agissait d'une luxation sous-coracoïdienne.

Je l'opérai le 29 octobre 1896, par une incision verticale antérieure. La capsule articulaire était tendue, nullement plissable et recouvrait une tête volumineuse.

J'ouvris la capsule largement, et je constatai l'existence d'une déformation considérable de la tête humérale. Je pratiquai la résection de cette tête, et je dois dire que cette résection fut très difficile à cause du peu de laxité de la capsule. Le plaie fut suturée partiellement avec bourrage iodoformé. Guérison sans complications d'aucune sorte.

Le fonctionnement du membre était dix mois après assez satisfaisant; il est noté dans l'observation dans ces termes: Le malade n'élève pas le bras jusqu'à l'horizontale, malgré le déplacement tout à fait de l'omoplate... Le membre a moins de force qu'autrefois. L'abduction se fait en deux temps : 1° ascension de l'extrémité supérieure de l'humérus qui vient prendre contact avec la voûte acromo-coracoïdienne; 2° abduction proprement dite. Revu après seize mois, ce malade présente une élévation atteignant l'horizontale, et la force du membre a beaucoup augmenté.

Malgré ce fonctionnement relativement imparfait, le malade est très satisfait de son état; il est enchanté de ne plus souffrir, et de ne plus être exposé à se luxer l'épaule au moindre mouvement.

Sur la pièce que je vous présente ici, vous pouvez constater qu'il existe à la partie postérieure de la tête humérale une large dépression, longue de 3 à 4 centimètres, large de 2 centimètres, profonde de 4 millimètres environ, dont un des bords correspond au col anatomique, et l'autre, à la tête elle-même. Ce dernier bord est taillé perpendiculairement à la surface cartilagineuse, comme si on avait enlevé avec ce contenu, un quart ou un cinquième de la tête humérale. Le cartilage huméral est coupé net. Le fond de la dépression est dépourvu de cartilage hyalin; il paraît tapissé de tissu osseux éburné recouvert de tissu fibreux.

Cette déformation de la tête humérale est intéressante pour plusieurs raisons : 1° Elle justifie la résection, car il est évident qu'une pareille déformation rendait la reproduction de la luxation inévitable. Ni le procédé de Ricard, ni celui de Mikulicz qui consistent à rétrécir la capsule, n'étaient indiqués puisque la capsule était très serrée et que la déformation était la seule cause de la récidive du déplacement.

2° On peut se demander de quelle nature est la dépression que nous avons notée. Est-elle produite par la pression du rebord de la glénoïde qui aurait usé la tête humérale? ou bien est-elle le résultat d'une fracture partielle de la tête?

Il est difficile d'admettre la fracture parce qu'on ne comprendrait pas qu'un fragment aussi volumineux qu'un quart de la tête humérale n'eût pas produit des accidents intenses de corps étranger articulaire. Et puis, un pareil fragment aurait-il été résorbé en quelques mois?

Il s'agit donc d'une usure par le rebord glénoïdien.

Mais comment admettre qu'une luxation hebdomadaire, ne durant que quelques heures, ait pu produire un sillon aussi profond?

J'admets l'hypothèse suivante : les luxations récidivantes sont de deux ordres : les unes, sans lésions osseuses, sont intermittentes ; mais celles avec lésion osseuse sont permanentes, on ne pourrait, sans cette particularité, comprendre la formation du sillon. Ces luxations permanentes sont incomplètes, non gênantes pour les malades, et à peine perceptibles pour le chirurgien.

Quant aux accidents de luxation que présentent ces malades à intervalles rapprochés, ils s'expliquent par un déplacement considérable de la tête humérale, qui tourne sur le rebord glénoïdien comme autour d'un axe. Il s'agit, en un mot, de la transformation d'une luxation complète.

Les manœuvres de réduction transforment la luxation complète ou incomplète, soulagent le malade et donnent l'illusion d'une réduction complète.

Je termine en disant que les luxations récidivantes, sans lésions osseuses, sont justiciables de la capsulorraphie, tandis que les luxations avec encoche osseuse doivent être traitées par la résection. »

M. Lucas-Championnière. — A propos du rapport de M. Nélaton, je tiens à exprimer à nouveau une opinion que j'ai déjà eu l'occasion d'exprimer plusieurs fois pour certaines indications de la résection de l'épaule.

Ce que je reproche à la plupart des opérations, que l'on conseille, ou que l'on exécute pour les luxations anciennes, c'est que ce sont des opérations pénibles, et qui donnent un résultat fonctionnel très médiocre ou très long à obtenir. Au contraire, la résection bien conduite est une opération simple ; et, quand le traitement consécutif est bien dirigé, elle donne d'excellents résultats fonctionnels.

Dans le cas où le sujet n'est pas un vieillard, j'estime que rien n'autorise à faire une opération compliquée du genre de celle qui vous a été décrite, et s'il s'agissait d'un vieillard aucune opération ne serait justifiée.

Ces sortes d'opérations sont toujours faites au nom du même principe : en conservant l'intégrité de l'os et de l'articulation, on admet qu'on fait de la conservation et une bonne chirurgie réparatrice.

Il ne faut pas hésiter à admettre qu'une articulation *nouvelle* de résection vaut infiniment mieux, au point de vue fonctionnel, que l'articulation *naturelle* abîmée, désorganisée et mise hors d'usage par le traumatisme et par l'absence prolongée de tout mouvement.

La pratique des résections faites sur des os non tuberculeux, en conservant tout ce que l'on veut des insertions périostiques des tendons, donne des résultats merveilleux pour la puissance des membres et pour leur mobilité.

Aussi je ne saurais trop approuver l'indication donnée par M. Nélaton, de ne recourir à l'arthrotomie pour obtenir la réintégration de la tête dans sa cavité, que dans les cas dans lesquels la luxation de l'épaule est toute récente et laisse par conséquent la cavité glénoïde bien intacte.

Le principe sur lequel j'insiste a l'avantage d'être un principe dont on ne saurait trop généraliser l'application.

A *toutes les luxations anciennes* de diverses régions, il est applicable. J'ai déjà eu l'occasion de le dire ici et de citer en particulier des faits relatifs à la luxation du coude dans lesquels j'avais eu de beaux succès pour les avoir appliqués sans réserve.

Toutefois, je pense utile de rappeler que, pour suivre cette pratique d'une façon heureuse, il faut procéder hardiment, comme je l'ai toujours fait, en mobilisant le plus rapidement possible la nouvelle articulation et en proscrivant tous les appareils immobilisateurs dont on a conseillé l'emploi pour le traitement des opérés de résection articulaire.

M. Nélaton a abordé un point qui me paraît très important, en affirmant qu'après les luxations anciennes de l'épaule les fonctions du membre sont souvent assez satisfaisantes pour qu'il faille y regarder à deux fois avant de conseiller une intervention opératoire pour rétablir les mouvements.

Il y a là une part de vérité très grande et je m'associe à ses assertions à une petite réserve près.

Je suis convaincu que si les sujets qui ont été atteints de luxation de l'épaule étaient mobilisés immédiatement et méthodiquement sans réduction, ils recouvreraient aisément une partie très importante de leurs mouvements.

Ce qui détruit les fonctions de l'épaule après les traumatismes de l'articulation quels qu'ils soient, c'est l'*immobilisation thérapeutique*.

Prenez une épaule non luxée mais contusionnée un peu grave-

ment et immobilisez-la étroitement, vous arriverez, dans l'immense majorité des cas, à une ankylose plus ou moins complète.

Prenez une épaule luxée, et mobilisez-la de bonne heure. En dépit du déplacement, vous arriverez à un fonctionnement passable de cette épaule luxée.

Or, c'est ce qui se passe dans la plupart des cas de luxations anciennes de l'épaule qui nous arrivent. La luxation a été méconnue, et les sujets ont dû rapidement se servir de leur épaule. C'est pour cela que, dans nombre de faits, comme l'a très bien observé M. Nélaton, le sujet a un pouvoir moteur de l'épaule tel, que l'on a quelque crainte de ne pas le lui rendre aussi bon après une intervention opératoire.

Je crois pourtant qu'il faut tenir compte de l'âge du sujet. Sur un sujet jeune, une bonne résection donne tant de chances d'un fonctionnement irréprochable de l'épaule que, même dans les cas dans lesquels la restitution des mouvements ne serait pas mauvaise, il serait encore très bon de faire la résection.

Chez le vieillard, au contraire, si la restitution des mouvements est passable, il faut bien se garder d'intervenir.

J'ai observé cette situation depuis bien longtemps. Je fus chargé, il y a quelque trente-cinq ans, de présenter à Velpeau un vieux médecin de province, qui était atteint de luxation sous-coracoïdienne de l'épaule gauche datant de onze mois. Le sujet avait un peu plus de soixante-sept ans.

Après la chute qui avait amené le traumatisme, il avait continué à courir la clientèle sans s'apercevoir de la luxation. Il pensait n'avoir là qu'une contusion un peu forte. Il était revenu peu à peu à un usage très suffisant de son membre; il conduisait son cabriolet et vaquait aux soins d'une clientèle rurale fort importante. Entre temps, il avait eu l'imprudence de montrer son épaule à un confrère, qui avait reconnu la luxation et s'était empressé de répandre dans le pays le bruit que ledit médecin était bien incapable de soigner les autres, puisqu'il ne pouvait reconnaître une luxation qu'il portait depuis si longtemps.

En butte à ces plaisanteries confraternelles, il était venu à Paris demander s'il n'était pas possible de le débarrasser de sa difformité.

Heureusement pour lui, Velpeau n'eut pas la pensée de le soumettre à une manœuvre quelconque et lui fit, à son tour, quelques plaisanteries de haut goût avant de le renvoyer à sa clientèle.

Malgré son âge, il affirmait qu'il était si peu gêné par sa difformité, qu'il n'aurait jamais eu la pensée de demander un conseil chirurgical sans la rencontre fortuite de son confrère peu délicat, et il partit pour reprendre le cours de sa clientèle interrompue pour peu de jours.

J'ai, depuis cette époque, eu l'occasion d'observer d'autres faits moins topiques peut-être, mais encore intéressants. Sans doute les sujets de cet ordre ne présentent des mouvements d'élévation de l'épaule que fort imparfaits, mais ils s'en accommodent; et le fonctionnement de leur membre peut suffire à certaines fonctions.

On tiendra compte de ces observations pour les déterminations opératoires. En ce qui me concerne, je ne voudrais pas abandonner sans intervention tous les sujets qui me semblent assez jeunes, assez musclés, assez bien conservés pour faire une bonne articulation nouvelle. Avec une bonne résection et avec un bon traitement consécutif, on peut leur donner des mouvements très variés et les faire rentrer en possession de mouvements d'élévation fort précieux en somme.

Je profite de la circonstance pour ajouter, à propos de l'argumentation de M. Chaput, que j'estime que de bonnes résections donnent des résultats bien supérieurs à ceux dont il parle, pour la puissance et l'étendue des mouvements.

J'ajoute aussi que sa nouvelle théorie des luxations récidivantes ne peut cadrer avec les nombreuses observations que j'ai faites, au cours desquelles j'ai toujours trouvé la tête bien en place dans l'intervalle des luxations.

M. Chaput. — Je demande alors, à M. Lucas-Championnière, comment il explique l'encoche qui se trouve sur la tête que j'ai présentée.

M. Lucas-Championnière. — Je ne cherche pas à expliquer cette pièce, elle est exceptionnelle et ne peut servir à édifier une théorie générale.

M. Berger. — La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Communication.

Nouvelle suture (1),

par M. le professeur AUGUSTE REVERDIN (de Genève).

Le 20 décembre 1897, au cours d'une opération, j'éprouvai quelque difficulté à affronter les bords cutanés; j'eus alors l'idée de passer mon fil de la façon que je vais essayer de décrire.

(1) Note lue par M. Reclus.

L'adossement se fit très exactement, et depuis lors j'emploie cette suture de préférence à toute autre.

Elle peut s'utiliser pour toute espèce de plaies portant sur les divers tissus, mais trouve surtout son indication là où les bords d'une solution de continuité ont de la tendance au rebroussement.

Le premier point se fait comme d'habitude, mais il faut avoir soin d'en placer le nœud sur le côté, c'est-à-dire sur l'orifice d'entrée ou de sortie du fil; à partir de là, on couche celui-ci parallèlement au grand axe de la plaie, qu'il longe alors sur une certaine longueur (1 ou 2 centimètres).

Supposons que le fil soit disposé de la sorte sur le côté gauche, on traverse les deux lèvres de la plaie de droite à gauche, en faisant passer l'aiguille dans l'anse du fil et on serre modérément.

La même manœuvre se répète sur toute la longueur des surfaces à réunir, puis on fait un point d'arrêt comme dans la suture à surjet.

Telle est la manière de procéder lorsqu'on se sert d'une aiguille ordinaire.

Lorsqu'au contraire on utilise l'aiguille de Reverdin, la manœuvre est inverse puisqu'il faut,dans ce cas, aller chercher le fil au lieu de l'entraîner, comme cela se fait avec une aiguille enfilée d'avance.

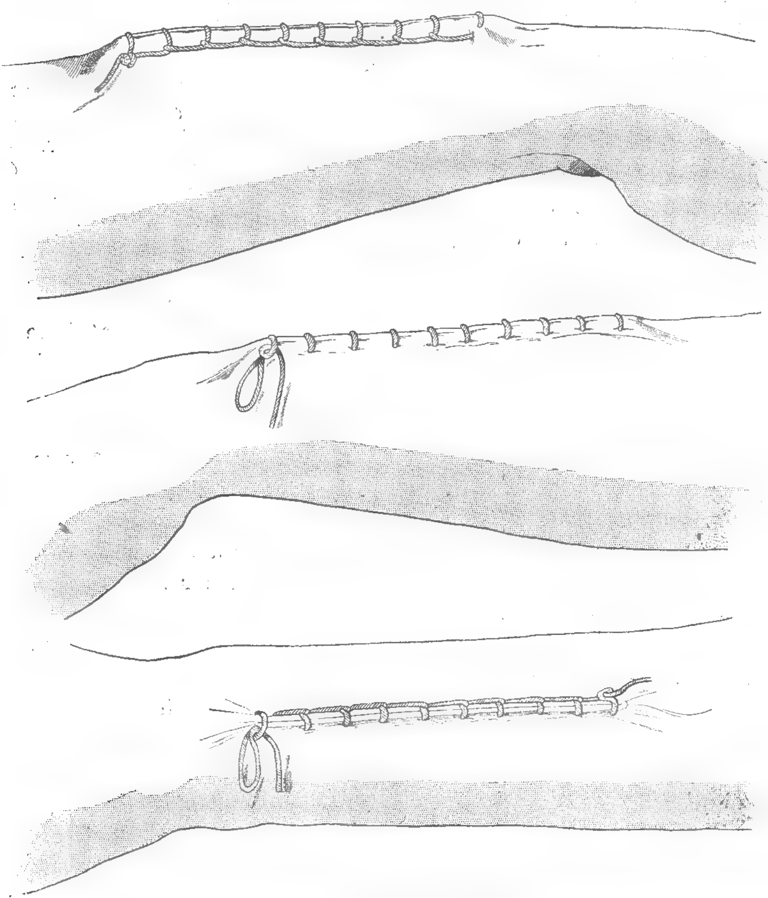
Mais il est inutile, ce me semble, d'insister avec beaucoup de détails sur la manière d'établir cette suture, car il suffira à tout chirurgien de regarder la figure ci-jointe pour qu'il lui soit aisé, d'une manière ou d'une autre, avec tel ou tel instrument, d'obtenir le résultat indiqué.

Ce que je puis affirmer, c'est que, la suture achevée, la réunion est très exacte, meilleure qu'avec la suture à points séparés, meilleure même qu'avec la suture en surjet.

En effet, la suture que nous proposons est la combinaison de celle en surjet et de la suture enchevillée, avec cette très grande simplification qu'il n'est besoin, pour le mener à bien, ni de cheville, ni de rien qui y ressemble. C'est le fil seul, en effet, qui, en longeant et comprimant légèrement les bords de la plaie à une certaine distance en contre-bas, les rapproche tout d'abord, puis les affronte ensuite très exactement en les enjambant à chaque point.

On pourrait comparer cette manière de faire à celle préconisée par notre ami Girard, de Berne. Ces deux sutures ont pour but de soutenir, puis d'affronter; mais celle du chirurgien de Berne s'adresse surtout à des plaies ayant grande tendance à l'écarte-

ment (aux larges amputations du sein, par exemple), et ne facilite leur rapprochement qu'à l'aide de tubes de caoutchouc qui permettent d'exercer de fortes tractions sans couper les tissus.



Suture du Dr Auguste Reverdin.

La suture que nous proposons aujourd'hui présente encore un réel avantage sur d'autres par la facilité de son enlèvement.

Il suffit, en effet, de sectionner le fil aux points où il longe la ligne de réunion, c'est-à-dire à quelque distance au-dessous des bords fraîchement accolés de la plaie, pour supprimer aisément la suture sans tiraillement fâcheux.

Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans la production des psychoses post-opératoires.

par M. LUCIEN PICQUÉ et MARCEL BRIAND (de Villejuif).

I. — Dans une précédente communication, l'un de nous s'est appliqué à dégager les psychoses vraies des faux délires (1) avec lesquels on les a souvent confondues, et il en a montré les diverses formes cliniques.

La pathogénie des psychoses vraies soulève des questions diverses et d'intérêt variable :

1° La prédisposition héréditaire est-elle une condition nécessaire à leur production? La psychose peut-elle se produire au contraire d'emblée, chez un sujet sain et par voie sympathique? L'un de nous a déjà fait remarquer qu'il s'agissait là d'un point délicat de pathogénie, dont le chirurgien n'avait pas à aborder l'étude.

2° Par contre, il a signalé, comme plus intéressant, leur fréquence chez les vieillards et les hystériques.

M. Broca a contesté leur existence chez les enfants. Son expérience en chirurgie infantile suffit à donner à son affirmation une valeur que viendront probablement confirmer nos collègues des hôpitaux d'enfants.

3° Un dernier point reste à examiner, et il a une importance capitale.

La nature de l'opération pratiquée a-t-elle une influence sur la production de la psychose? Certaines opérations ou groupes d'opérations ont été, à ce point de vue, l'objet d'études particulières. Rudolf Lowy, dans *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, en 1896, étudie l'influence de l'opération de la cataracte sur la production des délires et rappelle les travaux antérieurs de Sichel en 1863, de Schmid-Rimpler en 1878, de Schnabel, de Franckl-Hochwart en 1890, sur le même sujet.

L'influence exercée sur la production de ces délires par les opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme, a été, de son côté, l'objet de nombreux travaux et l'un de nous se propose un jour, à l'aide de matériaux qu'il a pu recueillir, d'étudier devant vous ce point de la question.

(1) Cette dénomination, que M. Picqué a adoptée dans sa précédente communication, n'a d'autre but que de faciliter l'étude des psychoses, envisagée au point de vue spécial des rapports qu'elles présentent avec les opérations chirurgicales.

Mais de toutes les opérations pouvant entraîner des troubles intellectuels, les opérations gynécologiques semblent, d'après les auteurs, tenir le premier rang : la plupart des travaux publiés dans les dernières années, et dont l'un de nous vous a énuméré les principaux, ont eu pour but d'établir une corrélation entre les psychoses et les opérations pratiquées sur la sphère génitale de la femme.

Cette question, on le conçoit, a la plus haute importance et la responsabilité du chirurgien est gravement engagée à sa solution.

Oui ou non, est-il équitable d'imputer à ce dernier un délire qui survient à la suite d'une opération gynécologique ? L'un de nous a déjà fait ses réserves à cet égard, mais il lui faut aujourd'hui les justifier.

II. — Un premier fait à constater, c'est le nombre considérable d'observations publiées dans ces quinze dernières années. Nous-mêmes nous avons observé ensemble, dans les asiles, un certain nombre de psychoses chez des femmes ayant subi des opérations gynécologiques.

Ne pouvant admettre *a priori* une simple coïncidence entre le développement de la psychose et l'opération, la plupart des auteurs ont été conduits à admettre une relation étroite de causalité.

Mais de plus, pour justifier cette corrélation, ils ont émis un certain nombre d'hypothèses et constitué, de la sorte, un des chapitres les plus obscurs de pathogénie.

On a voulu établir surtout une comparaison avec les troubles nerveux qui accompagnent la menstruation et les délires puerpéraux.

Or, sans vouloir entrer dans la discussion de ces hypothèses, qu'il nous soit permis de remarquer qu'on ne saurait établir cependant *a priori* un rapport entre les troubles qui accompagnent la menstruation, et ceux qui sont consécutifs à des opérations, qui tantôt ne modifient en rien cette fonction et tantôt la suppriment.

Quant à l'influence de la ménopause spontanée ou provoquée, elle est difficile à démontrer.

L'assimilation qu'on a voulu établir avec les délires post-puerpéraux soulève elle-même bien des objections. L'hypothèse relative à la suppression de la sécrétion ovarique, et invoquée il y a bien longtemps, a trouvé récemment un point d'appui dans les travaux entrepris sur les fonctions de la glande thyroïde. Quoi qu'il en soit, de cette hypothèse, nous devons faire remarquer que beaucoup de psychoses sont consécutives à des opérations gynécologiques, qui n'ont pas porté sur l'ovaire.

On a invoqué enfin des influences morales, après l'ablation des ovaires. Quoi qu'en dise Dent, l'extirpation de ces organes n'exerce pas à ce point de vue, chez la femme, la même influence que la castration chez l'homme. Dans nos observations, une seule malade semble se préoccuper de la suppression de ses ovaires. Généralement, la castration chez la femme est acceptée facilement, d'où, peut-être, l'abus qu'on en a fait à une période heureusement loin de nous, et le chirurgien doit le plus souvent s'appliquer, dans la pratique, à résister aux malades.

En résumé, et sans préjuger de ces questions encore à l'étude, on peut dire d'une façon plus générale que l'étude des relations entre les affections utérines et les psychoses, inaugurée par les travaux de Loiseau et Azam et qui a servi de base à la plupart des hypothèses touchant l'origine de ces psychoses post-opératoires aurait besoin d'une revision sérieuse.

D'ailleurs, tous les auteurs n'acceptent pas le rapport en question. Si Keith signale 10 p. 100 de folies après l'hystérectomie; si Sears, Farland, Rhoé, Laudau lui-même signalent la fréquence de la psychose, Lawson-Tait nie de son côté, formellement, l'influence des opérations gynécologiques sur la production des psychoses. Au 5e Congrès français de chirurgie, vous vous rappelez qu'il a signalé, sur 271 cas personnels, un seul cas de psychose durable. Notre collègue Segond, en 1893, dans le journal de Luys, signalait 3 cas seulement de folie dont l'un relatif à une femme malade avant l'opération. Chez les deux autres, l'accès mélancolique a cédé rapidement. Everké, dans un travail publié dans le *Deutsch med. Wochensch.*, 1895, déclare lui-même que cette complication est très rare, et que les opérations, pratiquées dans toutes les régions, y prédisposent également : il rappelle que la Société gynécologique de New-York s'est prononcée dans ce sens, dans sa séance du 4 octobre 1892.

A notre avis, il faut chercher ailleurs que dans les hypothèses et des considérations d'ordre moral, la cause de cette prétendue fréquence des psychoses à la suite des opérations gynécologiques.

Mais, au préalable, il est nécessaire de passer en revue les observations publiées pour s'assurer d'abord de l'authenticité du fait si souvent reproché à la gynécologie opératoire. Or, nous pouvons diviser ces observations en trois groupes :

1° Les *observations incomplètes* dont on ne peut tirer aucune conclusion, et qui doivent être abandonnées. Elles sont nombreuses. C'est ainsi que Bawell rapporte un cas d'une attaque légère de folie après l'ovariotomie. Il ne donne aucun renseignement, si ce n'est la guérison.

Dent, lui-même, nous cite un cas de mélancolie au troisième

jour d'une ovariotomie; aucun renseignement. Nous pourrions, sans profit d'ailleurs, vous en citer bien d'autres.

2° Les *observations qui présentent une fausse étiquette* et dans lesquelles les détails fournis par l'auteur permettent cependant de reconnaître qu'il s'est agi d'un faux délire, dans le sens que nous avons donné à ce terme.

C'est ainsi que, dans un cas d'ovariotomie, cité par Dent, la malade meurt le onzième jour dans un état de manie, et l'auteur d'ailleurs accuse lui-même de la suppuration, mais sans lui rapporter la cause du délire.

Sidney Jones nous cite le cas d'une femme qui, à la suite d'une opération non dénommée, eut un accès de manie, suivi de mort le cinquième jour.

Dans son mémoire déjà cité, Gaillard (Thomas) nous cite 4 cas de manie suivie de mort et 2 de mélancolie, également mortels L'une d'elles mourut rapidement après une ovariotomie.

Sans être accusé de partialité, on peut bien admettre que toutes ces femmes sont mortes de septicémie.

Si sur le nombre total des observations publiées, il en existe réellement d'authentiques, et nous regrettons de ne pouvoir en donner aujourd'hui le chiffre exact, on peut penser néanmoins, d'après ce qui vient d'être dit, que ce chiffre est certainement bien inférieur à celui que les auteurs ont admis.

3° Enfin des *observations dans lesquelles le délire relève d'une cause étrangère* à l'opération gynécologique et susceptible de le produire à la suite d'une opération quelconque.

Ce sont, pour le dire de suite, ou des hystériques ou des sujets atteints des diverses formes de la dégénérescence mentale et dont l'un de nous a constitué un groupe à part dans une précédente communication.

Les observations, publiées par les auteurs et qui peuvent rentrer dans cette catégorie sont nombreuses. Nous reviendrons sur quelques-unes d'entre elles à propos de nos observations personnelles.

Nous en arrivons à l'étude de nos observations. Pour en faciliter l'examen, nous les avons divisées en plusieurs groupes, peut-être arbitraires, mais assurément commodes et que nous allons successivement passer en revue.

Ces observations ont été d'ailleurs recueillies avec grand soin par nous-mêmes à l'asile de Villejuif dans le service de l'un de nous, et nous n'avons pas craint de multiplier les détails relatifs aux antécédents d'une part et aux caractères du délire d'autre part; mais aussi, pour ne pas étendre ce travail, nous ne vous présente-

rons que les observations types, nous réservant de publier à part toutes nos observations.

Premier groupe. — Dans ce groupe, nous avons tenu à placer tout d'abord une observation relative à des troubles intellectuels qui se sont produits un an après l'opération chez une malade qui avait été internée neuf ans auparavant.

Obs. I (personnelle). — H... (Louise-Frédérique), quarante-sept ans. La malade a eu trois enfants: l'un venu avant terme est mort en bas âge de dysenterie; des autres, la fille aînée est normale; la deuxième paraît au contraire présenter le caractère d'une dégénérée. Toujours elle a été bizarre et a constamment eu pour sa mère une véritable antipathie.

La malade elle-même présente un léger strabisme convergent de l'œil gauche et une implantation vicieuse des dents. Fièvre typhoïde en 1877 et en 1882 ; en 1882, la maladie a été compliquée d'un érysipèle de la face.

Première entrée: 6 juin 1884, à Sainte-Anne, avec diagnostic de mélancolie avec prédominance d'idées de persécution, fausses interprétations, tendance au suicide.

La malade est traitée successivement à Sainte-Anne, à Villejuif et à Braqueville (Toulouse) où elle a été transférée. Après quatre mois de séjour à Braqueville, elle est sortie sur la réclamation d'une surveillante d'Andral en décembre 1886. Le 14 avril 1893, elle entre à Paris dans un service de chirurgie pour des métrorragies abondantes: le 23 avril, un de nos collègues pratique l'ovariotomie pour un kyste de l'ovaire. Elle reste cinq semaines à l'hôpital après l'opération, va au Vésinet et sort définitivement. Un an après, le 22 avril 1894, elle rentre à Villejuif sur sa propre demande, comme placement volontaire. La vraie cause de sa demande est qu'elle se livre à des habitudes d'onanisme auxquelles elle a voulu renoncer mais en vain. Elle sentait qu'il lui fallait changer de milieu, se séparer de gens qui exerçaient sur elle une influence néfaste, elle voulait s'isoler, se séquestrer dans un asile où elle ne serait plus exposée, disait-elle, aux excitations malsaines qui l'avaient poussée à la masturbation. Telle fut la vraie cause de son placement volontaire, cause qu'elle a masquée sous une fausse crainte de tomber dans la misère. Elle avait conscience que ses habitudes d'onanisme lui étaient nuisibles, et c'est dans le but de se guérir qu'elle a sollicité son entrée à Villejuif en 1894. La malade avoue que la perspective « de ne plus avoir d'ovaires » l'avait beaucoup tourmentée avant l'opération. Elle s'était laissée opérer par nécessité, ne pouvant faire autrement, mais le chagrin de la castration l'a depuis, dit-elle, longtemps poursuivie et la rendait jalouse de sa fille.

L'obsession de son infirmité paraît avoir provoqué les habitudes d'onanisme: l'opération a pu, chez elle, exercer une influence sur son état mental en réveillant des troubles intellectuels éteints

dans ce terrain pour ainsi dire tout préparé. Nous rappelons qu'elle avait été internée neuf ans avant, sans avoir subi à ce moment aucune opération. Il est donc réellement impossible de voir dans ce cas une psychose post-opératoire véritable.

Voici une deuxième observation qu'on peut rapprocher de la précédente et qui semblerait *a priori* plus concluante.

Obs. II (personnelle). — C... (Jouanne), quarante-deux ans, entre à Villejuif dans le service de M. le Dr Briand, le 3 février 1896. Elle venait de la maison de santé du Dr Pottier où elle était restée environ onze mois pour un délire mélancolique avec idées de persécution.

A son arrivée, la malade est dans cet état de dépression mélancolique avec demi-conscience et prédominance d'idées hypocondriaques. Elle n'a pas d'antécédents personnels ou héréditaires, mais elle a toujours présenté un caractère bizarre. Elle est triste, dit-elle, parce qu'elle est malade, et elle accuse son médecin de l'avoir opéré sans nécessité.

Elle fut, en effet, opérée par un de nos collègues, le 25 août 1894, dans son service d'hôpital.

Voici quel est son récit : En mai 1893, elle est tombée sur un trottoir et s'est fait une contusion à la cuisse, un peu au-dessus du genou. Cet accident ne l'empêcha pas de marcher, mais il en résulta une douleur qui persista pendant une année.

En août 1894, elle est entrée dans un hôpital où elle aurait été opérée malgré elle !!!

Elle croyait en tout cas avoir besoin d'une opération à la cuisse, et elle fut toute surprise de constater qu'elle avait subi une opération abdominale : elle croit n'avoir jamais rien eu du côté des organes génitaux.

Sur ma demande, mon collègue a copié sur son registre d'opération, pour me la remettre, la note suivante : « Enorme poche suppurée rétro- et sus-utérine venant faire saillie jusqu'à l'ombilic. Laparotomie. Contre-ouverture et drainage. Guérison. »

Après cinquante-deux jours de séjour à l'hôpital, elle rentra chez elle et un an après elle fut admise chez le docteur Pottier.

Dans l'intervalle, elle eut, dit-elle, a subir mille tracasseries de la part de son mari. Elle raconte qu'elle n'osait plus manger craignant d'être empoisonnée par lui. Elle l'accusait même de la délaisser complètement et de l'avoir fait opérer, puis interner pour se débarrasser d'elle. Les médecins, dit-elle, ont été les complices de son mari.

Ce sont les dires ordinaires des persécutés classiques.

Cet état de mélancolie s'aggrave d'ailleurs progressivement ; elle se croit entourée d'ennemis. Elle pense qu'elle est condamnée à mourir, que sa santé a été absolument troublée depuis l'opération et elle le répète à grands cris, accusant de plus en plus les médecins et son entourage.

La malade ne présentait, à la vérité, aucun antécédent héréditaire ni personnel, mais elle avait eu de tout temps un caractère

bizarre, et si l'acte opératoire a eu dans ce cas une action réelle sur l'état mental, on peut affirmer qu'il n'a eu d'autre résultat que de faire éclater des troubles intellectuels dans ce cerveau déjà tout préparé.

Voilà deux cas dans lesquels nous avons pu constater une action du traumatisme opératoire sur la psychose, et nous avons vu combien le premier prêtait à la critique. Nous en avons observé d'autres analogues que nous publierons ailleurs.

Nous pourrons en rapprocher, bien qu'il sorte du cadre gynécologique, un cas intéressant de résection du genou faite avec grand succès par un de nos collègues, pour une tuberculose du genou.

Obs. III. — Le pauvre malade était sur le point de quitter l'hôpital parfaitement guéri, lorsqu'il commença à ressentir, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne du côté correspondant, une douleur d'abord sourde, puis aiguë.

Le chagrin de voir apparaître une nouvelle affection semblable à la première fit éclater chez lui une crise de mélancolie avec tendance au suicide et idées de persécution, et il fut transporté à Sainte-Anne, puis à Villejuif, où je le trouvai, dans le service de mon collègue Vallon.

Il raconte qu'à l'hôpital, la surveillante lui voulait beaucoup de mal; que c'était à son instigation qu'il avait été interné, et que la nouvelle affection dont il était atteint était la conséquence des mauvais soins qu'il avait reçus.

Il s'agit, comme on le voit, d'un cas où, chez un prédisposé d'ailleurs, une maladie intercurrente postérieure à l'opération fut le point de départ d'un délire à forme dépressive. C'est une cause nouvelle, survenue entre l'opération et la psychose qui peut expliquer dans ce cas l'apparition de cette dernière.

Everke, dans le travail que nous avons cité, signale une observation bien curieuse où l'on voit l'influence d'une cause étrangère à l'opération.

Il s'agit d'une femme qui se suicida vingt-quatre heures après l'intervention. En voici le résumé :

Obs. IV. — Femme normale. Grossesse tubaire avec rupture, opérée le 7 novembre 1890 avec succès ; les douleurs violentes avaient disparu, et la malade, qui désirait l'opération, paraissait heureuse. Elle se plaignait d'une soif vive et demandait à boire; mais le lendemain, à la visite le chirurgien refusa d'augmenter la quantité de liquide. Elle lui jeta alors un regard singulier, et à peine avait-il quitté la chambre, qu'elle saisit un couteau et se trancha l'artère radiale au pli du coude. Le sang coula sous les couvertures à l'insu des autres malades. Cinq minutes après, la religieuse entra dans la chambre et constata sa mort. Pas d'antécédents héréditaires chez cette malade. L'auteur pense

que c'est le seul désespoir de ne pas obtenir de liquide qui la poussa au suicide. Il s'agit donc là d'une mélancolie aiguë.

Deuxième groupe. — Il comprend un certain nombre d'observations d'un grand intérêt. Ce sont, d'une part, des aliénés présentant des obsessions variables qui les poussent à demander à la chrurgie des opérations qu'elles croient utiles et qui arrivent parfois à exercer sur le chirurgien une suggestion véritable par le récit des troubles imaginaires ou exagérés; tantôt ce sont des malades qui, atteints de folie morale, simulent des maladies pour amener le chirurgien à une intervention inutile et parfois extraordinaire. Ce sont les cas où la suggestion exercée sur le chirurgien devient la plus évidente.

On a souvent besoin, dans ces cas et pour excuser ces derniers, d'être au courant de ces états psychiques et aussi de connaître leur parfaite probité professionnelle.

Comme vous le voyez, nous vous entraînons loin des délires psychiques post-opératoires; mais à défaut d'observations nombreuses pouvant vous montrer l'influence directe de l'opération gynécologique sur la psychose, nous tenons à vous faire connaître une classe curieuse d'aliénés et vous montrer ce que certains font pour nous décider à des interventions en apparence justifiées.

La connaissance de ces observations vous permettra de mieux vous mettre en garde contre cette catégorie de malades, en apparences sains, et qui nous trompent en accusant des sensations subjectives, qu'elles n'ont pas ou qu'elles exagèrent, en même temps qu'elle vous donnera l'explication des prétendus délires post-opératoires.

Obs. V (personnelle). — Jeanne D.., âgée de trente-quatre ans.

Antécédents héréditaires : *Tante :* caractère bizarre, nerveux. S'est brouillée avec tous ses parents. *Mère :* paraît exaltée, partage complètement les idées fixes de sa fille; très faible de tête, très impressionnable, a été atteinte de chorée. *Grand-père maternel :* alcoolique; méchant. *Grand'mère maternelle :* caractère difficile. *Père :* aimait boire, dépensait beaucoup, ne travaillait pas; a abandonné sa femme. *Cousin germain de la mère* : tentative de suicide. *Arrière-grand-père maternel :* buveur, dissipateur.

Antécédents personnels : Pas de maladie nerveuse antérieure. En 1893, elle se plaint d'hémorroïdes, on lui fait une dilatation anale : cette opération fut suivie de douleurs vives dans la colonne vertébrale avec raideur dans les membres inférieurs; elle est soignée pour une affection de la moelle; elle est convaincue qu'elle a une lésion grave de la colonne vertébrale.

En 1894, un médecin de province porte le diagnostic de rétroversion utérine qui impressionne vivement la malade. Elle va dès lors consul-

ter un chirurgien connu qui constate un très léger déplacement utérin facile à réduire et engage la malade à ne pas s'en préoccuper. Mais quelque temps après, très effrayée de ce prétendu déplacement qui cependant ne la faisait pas souffrir, elle est *admise à l'hôpital sur ses instances pressantes et réitérées.*

Divers médecins appelés en consultation considèrent le déplacement utérin comme insignifiant, mais ne réussissent pas à convaincre la malade qu'elle n'a pas, comme elle se l'imagine, une infirmité grave.

Persuadé qu'il avait affaire à une hypocondriaque obsédée par un mal imaginaire, le chirurgien résolut d'agir par suggestion en pratiquant une *opération simulée* avec l'autorisation de la famille.

Il annonça à la malade qu'il allait l'opérer, qu'il lui redresserait l'utérus (février 1894). Après les préparatifs habituels des grandes opérations (chloroforme), une incision abdominale fut faite de l'ombilic au pubis : c'est à cela que se borna l'intervention chirurgicale. L'hystéropexie imaginaire subie par la malade n'eut aucun résultat favorable. Les sensations douloureuses dans les cuisses, les hanches et les reins augmentèrent. La malade garde le lit d'une façon permanente. Convaincue qu'elle avait été opérée réellement, *elle se figura qu'elle avait été mal opérée,* que sa matrice était de travers, *qu'elle se détachait et roulait dans le ventre.* C'est alors qu'elle fut prise de l'idée fixe qu'elle ne pouvait plus bouger du lit sans danger, et ne le quitta plus.

Elle se plaignait de douleurs continues dans les reins et dans le flanc gauche, douleurs qui s'exaspéraient par la marche; elle éprouvait également une douleur dans la cuisse gauche, du genou à la hanche. Elle supplia le chirurgien de l'opérer de nouveau; sur son refus, elle courut de médecin en médecin, pour faire contrôler son infirmité, accusant le chirurgien de l'avoir estropiée. Un voyage à Lourdes n'eût aucun résultat. Le 10 août 1894, elle fut admise à l'asile d'aliénés de la Charité, comme atteinte de lypémanie avec prédominance d'idées hypocondriaques; elle se lamentait, prétendait souffrir beaucoup et ne pouvoir marcher. Elle en sort le 20 septembre 1894, dans le même état. Elle poursuit le chirurgien de ses récriminations, et lui adresse des lettres de reproches et de menaces. Sa mère, influencée par les idées obsédantes de sa fille, partage ses préoccupations hypocondriaques.

En avril 1895, la malade consulte un de nos collègues des hôpitaux, qui constate l'intégrité des organes abdominaux ; D... se plaint de douleurs continues dans le ventre, les reins et les deux cuisses, et déclare sa situation intolérable. On porte le diagnostic de *névralgie pelvienne.*

Notre collègue, en raison de l'intensité des douleurs et du mauvais etat général, pratique l'hystérectomie vaginale, qui permet de constater l'absence de lésions des ovaires et des trompes. Les suites de l'opération furent normales. Mais aucun résultat au point de vue des phénomènes douloureux et de l'impotence. La malade revient à Paris, en proie à l'idée fixe qu'elle a toute sorte de choses dérangées dans le ventre; elle donne de ses maux des descriptions fantastiques. Notre collègue, voulant agir par suggestion, fait une laparotomie exploratrice qui montre tous les organes abdominaux en parfait état. Aucun résultat ne suivit cette

troisième intervention chirurgicale. La malade garde toujours le lit, prétend qu'elle ne peut se tenir sur les jambes, et se plaint de douleurs dans les reins et les membres inférieurs. Notre collègue envoie la malade à Sainte-Anne, le 6 janvier 1896, avec certificat constatant que Jeanne D..., « ayant subi successivement deux opérations, est atteinte de troubles mentaux antérieurs à ces opérations et qui nécessitent son admission dans un asile spécial. »

D'après la tante de la malade, le début des troubles nerveux remonte à trois ans. Elle se plaignait d'un malaise général, de douleurs dans les jambes, dans le ventre. La tante a toujours pensé qu'il y avait dans ses plaintes une part d'exagération; la malade considérait sa mort comme prochaine. Après chaque opération, les préoccupations hypocondriaques ont été en s'accentuant; la malade affirmait qu'elle ne pouvait jamais être guérie, qu'elle avait été mal opérée; elle ne pensait qu'à sa maladie, continuellement obsédée par ses préoccupations hypocondriaques.

Chez sa tante, elle avait des façons singulières; se tenait au lit couchée sur le côté gauche, la tête pendante hors du lit, prétendant que cette position la soulageait.

Elle éprouve des *sensations étranges;* il lui semble que ses reins se rétrécissent, que tout se rétrécit sur elle, que le côté gauche est vide, que l'estomac est rétréci, elle croit que les fils n'ont pas été bien attachés, qu'elle est toute défaite dans le ventre, les reins, le côté gauche ; on a mal replacé les organes, dit-elle; il y a quelque chose de décroché; elle veut qu'on le lui remette.

Exagération très notable des réflexes rotuliens à droite et à gauche.

Diminution légère de la sensibilité au membre inférieur gauche.

La main gauche n'exerce qu'une pression très faible; pas de thermo-anesthésie.

Elle s'imagine ne pouvoir ni marcher ni se tenir sur ses jambes, bien qu'elle puisse en réalité le faire quand on insiste; la malade marche à petits pas en se plaignant que la douleur des reins l'empêche d'aller plus vite; parfois elle glisse sur le sol sans détacher les pieds. Le traitement hydrothérapique est institué malgré la répugnance de la malade à s'y soumettre. Au début, elle s'y traîne, appuyée sur deux infirmières. A chaque visite, ou contre-visite, tout le personnel lui répète qu'elle est guérie ; quelques jours après, elle commence à marcher droite, sans se courber en deux comme elle le faisait ordinairement; elle peut, étant assise à terre, se relever sans aide et sans s'appuyer aux meubles voisins; elle peut étendre les jambes horizontalement; la jambe gauche est cependant plus faible. Elle se plaint surtout de l'estomac (sensation d'étouffement), des reins, des jambes.

La *suggestion à l'état de veille* paraît amener un réel progrès. Les premiers essais déterminent de l'anxiété, il faut rassurer la malade en lui disant qu'on la soutiendra en cas de chute, et que d'ailleurs l'hydrothérapie l'a guérie.

Quelques jours après, on soumet la malade à l'hypnotisme pour parfaire la guérison. Elle n'est pas plongée dans un sommeil complet, mais

dans un léger assoupissement. On profite de cet état pour lui suggérer que ses douleurs disparaissent, qu'elle pourra marcher sans aide. Le jour même on observe une notable amélioration dans la marche ; la malade est plus solide sur ses jambes ; elle marche seule sans fléchir le tronc. On peut même lui faire exécuter un saut de plus d'un mètre de haut, à plusieurs reprises. La malade se déclare alors guérie.

Le lendemain et les jours suivants jusqu'au moment de sa sortie, elle peut monter sur une table et sauter à terre sans éprouver aucun malaise. Elle reconnait que son imagination seule était malade et promet de venir nous consulter avant de solliciter de nouvelles interventions chirurgicales si les idées hypocondriaques venaient à la reprendre.

Nous avons tenu à citer en détail, cette très longue observation qui met en relief :

1° Les obsessions auxquelles une malade peut être exposée et qu'un chirurgien doit connaître ;

2° Le résultat qu'on peut obtenir par la suggestion et l'hypnotisme ;

3° Cette observation nous montre enfin qu'un délire peut devenir manifeste à la suite d'une opération, sans qu'il soit équitable d'en rendre cette dernière responsable.

La fin de cette communication est renvoyée à la séance suivante.

Élection.

D'une commission chargée de l'examen des titres des candidats à la place de correspondants nationaux.

MM. Monod	17	voix.
Hartmann	15	—
Lejars	16	—
Chaput	1	—
Walther	1	—

MM. Monod, Hartmann, Lejars sont nommés.

Présentation de malades.

M. Tuffier présente :

1° Un malade atteint d'hématémèses dues à un ulcère de l'estomac. Le malade était presque mourant; il lui a fait une gastro-

entérostomie à la suite de laquelle les hématémèses se sont arrêtées sans qu'il eût touché l'ulcère.

2° Un malade auquel on a fait une résection de l'estomac par le procédé de Kocher;

3° Un malade qui a eu un traumatisme de l'épaule en 1893; deux ans après, il a paru avoir une sorte de lymphangite avec un œdème, qui dure depuis plus de deux ans et rappelle par ses caractères l'œdème éléphantiasique. Il demande à ses collègues leur opinion sur ce cas.

M. Chaput. — Il me semble que cet œdème doit être imputable à une lymphangite. — A-t-on fait l'examen bactériologique?

M. Tuffier. — Il a été pratiqué sans résultat.

M. Lucas-Championnière. — J'ai eu un cas analogue. Le malade avait un œdème chronique qui tout d'un coup augmentait dans des proportions énormes; on aurait dit alors un phlegmon. Ce malade a été vu à Saint-Louis, et personne n'a pu me renseigner sur ce cas. J'ai eu également deux enfants qui, dans ma clientèle, ont présenté des accidents de ce genre. L'un des enfants était très obèse. Tout en connaissant ces œdèmes, je ne saurais en donner exactement la signification. Je ferai remarquer, en terminant, que le malade de M. Tuffier a un humérus qui paraît gros et qu'il serait intéressant d'en faire la radiographie.

M. Michaux. — J'ai vu un homme qui, à la suite d'un traumatisme insignifiant, a eu un œdème à peu près de la même nature. Il a commencé par avoir une sorte de lymphangite, qui guérit, puis il se fit une seconde poussée qui nécessita des incisions, par lesquelles il s'écoula un liquide séreux. L'examen bactériologique y démontra la présence de streptocoques en chaînettes. Chose bizarre, étant donné la non-existence d'une porte d'entrée; cet œdème a persisté longtemps; il avait ceci de particulier qu'il s'arrêtait exactement à la limite supérieure de l'épaule où ses contours étaient comme soulignés par une vascularisation très accusée.

M. Reynier. — J'ai vu un malade dans les mêmes conditions, et comme M. Michaux, j'ai trouvé du streptocoque dans la sérosité. Quant à ce qu'a dit M. Michaux au sujet de l'absence de porte d'entrée, cela n'a pas l'importance qu'il paraît y attacher. Le malade peut être en puissance microbienne et un traumatisme insignifiant devient alors la cause d'une localisation. Je citerai à l'appui l'exemple d'un malade atteint de grippe, qui se heurta au chambranle

d'une porte, très légèrement, car il n'eut pas même d'écchymose, et chez lequel ce traumatisme détermina au point contusionné un abcès à streptocoques, que j'ouvris. Quelque temps après la guérison de cet abcès, le malade mourait d'un abcès du foie, de même nature; très probablement, chez le malade de M. Tuffier cet œdème éléphantiasique tient à une lymphangite chronique.

M. Monod. — J'ai vu, à Saint-Antoine, une malade analogue. MM. Gaucher et Brissaud la virent. Ce dernier crut à un œdème névropathique, et de fait cet œdème ne tarda pas à guérir, et la femme présenta dans la suite des phénomènes d'hystérie.

M. Tuffier. — Pour moi, ce n'est pas de la lymphangite, cela ressemble bien plus à l'éléphantiasis des pays chauds avec poussées érysipéloides. Comme chez le malade de M. Lucas-Championnière, à certains moments le bras doublait de volume. M. Thibierge a pensé, comme M. Brissaud pour la malade de M. Monod, à un œdème névropathique.

Kyste hydatique du poumon.

M. Potherat. — Je vous présente un homme de quarante-deux ans, que j'ai opéré le 14 octobre 1896, d'un kyste hydatique développé en plein parenchyme pulmonaire du côté droit.

Je n'insisterai pas sur les détails de cette observation, publiée en entier dans les comptes rendus du *Congrès de chirurgie* 1897 (p. 364).

Je désire rappeler seulement deux particularités ayant trait : l'une à la clinique, l'autre au traitement.

Cliniquement, ce malade se présentait comme un tuberculeux, toussant la nuit surtout, expectorant des crachats puriformes, nummulaires, maigrissant rapidement, ayant d'abondantes sueurs nocturnes, une fièvre à grandes oscillations. Un jour donné l'auscultation révéla un grand foyer de matité avec voussure thoracique, et une ponction aspiratrice pratiquée avait ramené du pus en abondance, paraissant confirmer absolument le diagnostic d'empyème porté par le médecin traitant.

Au cours de l'incision thoracique, je remarquai : 1° que les deux feuillets pleuraux étaient unis; 2° que le feuillet pariétal était décollé de la côte située au-dessous de celle située au-dessus de mon incision; 3° l'incision du parenchyme pulmonaire me conduisit dans un *foyer purulent*, entourant le kyste décollé en grande partie, mais dont le *contenu n'était pas purulent.*

Je pus enlever le kyste dans sa presque totalité; pourtant la poche adhérait encore en certains points, et le décollement donna lieu à une hémorragie inquiétante qui cessa rapidement par le tamponnement intra-pulmonaire.

Quand j'opérai cet homme, il était dans un état des plus précaires, je l'opérai sans anesthésie; je ne fis pas de résection costale. Il garda pendant six à sept mois une fistule.

Il est aujourd'hui complètement guéri, a considérablement engraissé. L'auscultation permet de constater que le murmure vésiculaire existe partout sauf en avant où il y a une zone manifeste de sclérose pulmonaire.

Le résultat obtenu, parfait de tous points, m'a paru mériter l'attention de la Société.

M. Quénu. — J'ai présenté un malade auquel j'ai enlevé un kyste hydatique pulmonaire dans les mêmes conditions; il conserve encore une fistule. Il avait été longtemps dans un service de médecine, où il était considéré comme tuberculeux.

M. Tuffier. — J'ai fait deux pneumotomies pour kystes hydatiques. Ces malades ressemblaient énormément à des tuberculeux; et je crois que l'erreur de diagnostic doit être souvent commise. En effet, deux cas se présentent : le kyste s'est ouvert, ou ne s'est pas ouvert dans les bronches; dans le premier cas, on peut arriver au diagnostic; mais dans le deuxième, on se trouve en présence d'une excavation pulmonaire, dont on ne connaît pas l'origine et qu'on est disposé à rattacher à la tuberculose. Chez mes deux malades, le diagnostic avait été fait, mais tout le monde avait localisé la lésion dans le tiers supérieur du poumon, et à l'opération nous l'avons trouvée dans le tiers inférieur. L'un a guéri sans fistule, l'autre avec fistule.

M. Michaux. — Il ne faudrait pas dire que tous ces malades ressemblent à des tuberculeux. J'en ai opéré dernièrement un qui avait un kyste hydatique du poumon gauche et qui n'avait pas du tout l'apparence d'un tuberculeux.

M. Potherat. — Ces malades, en effet, ne ressemblent à des tuberculeux que quand il se développe autour du kyste une zone de suppuration. J'en ai vu un qui a guéri spontanément en rendant par vomique son kyste : il n'a jamais eu l'apparence d'un tuberculeux, mais dans ce cas il n'y avait jamais eu de suppuration.

Présentation de pièces.

Cancer de l'utérus, traité par hystérectomie abdominale totale.

M. Quénu. — Je présente un utérus cancéreux enlevé par laparotomie, chez une femme de mon service, âgée de cinquante-deux ans.

La ménopause étant survenue fin novembre 1895, aucune perte ne réapparut avant novembre 1897. Les hémorragies et par conséquent l'ulcération du cancer du col datent donc vraisemblablement de cette époque. Ces pertes jointes à des écoulements jaunâtres et roussâtres ont amené une cachexie considérable, et une teinte pâle des téguments. Dans ces derniers temps sont apparues quelques douleurs dans la fosse iliaque droite.

Au toucher, col bourgeonnant à base dure; le vagin est envahi au niveau du cul-de-sac postérieur. L'utérus est peu mobile.

Laparotomie le 24 février, sur plan incliné. Après ligature des pédicules utéro-ovariens et ablation des annexes qui sont adhérents et malades, nous traçons un lambeau péritonéal antérieur allant d'un ligament rond à l'autre, et nous décollons l'utérus de la vessie le plus loin possible, jusqu'au vagin sur la ligne médiane; l'incision antérieure est complétée en arrière par une incision du péritoine au niveau de l'insertion vaginale. Le ligament large est ouvert du côté gauche, l'uretère est à nu, l'artère utérine liée, l'utérus est alors sectionné sur la ligne médiane jusqu'au vagin : le vagin est incisé transversalement bien au-dessous de son insertion sur le col, et cette moitié d'utérus est enlevée. Nous passons au côté droit où les lésions paraissent beaucoup plus étendues : nous ne découvrons pas de ganglions contre l'artère hypogastrique; l'artère utérine est liée à son origine, puis le tronçon périphérique relevé vers l'utérus.

Nous découvrons l'uretère au-dessus du col, nous le suivons et le voyons s'engager dans une masse para-cervicale. L'uretère est alors dénudé immédiatement au-dessus de la vessie : ayant ses deux segments, nous le libérons avec la sonde cannelée. L'uretère dégagé et luxé en dehors, on voit nettement la gouttière qu'il occupait ; ayant l'uretère sous les yeux dans tout son trajet, il nous est facile de sectionner les tissus en dehors de la masse. Le vagin est sectionné transversalement et la pièce enlevée.

Nous avons fermé le foyer opératoire, d'une surface très étendue, en suturant notre lambeau péritonéal à la lèvre postérieure de la

section péritonéale ; un drain placé dans le fond de la cavité sort par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale.

La malade est retournée et mise dans la position de la taille afin d'examiner le fond du vagin : la section des parois vaginales fut régularisée, la plaie nettoyée de ses caillots et bourrée de tampons très faiblement iodoformés.

Les suites ont été des plus simples, et aujourd'hui neuvième jour, l'état est tel qu'on peut considérer la malade comme guérie ; les tampons sont enlevés; la malade va à la garde-robe et se nourrit; le ventre est des plus souples.

La simple lecture de cette observation démontre à l'évidence que si l'hystérectomie eût été faite, on eût fatalement sectionné l'uretère du côté droit.

Je ne sais quel sera l'avenir éloigné de ma malade, étant donné l'extension des lésions qui en faisait un cas inopérable par le vagin; je dois faire observer qu'autour du cancer il existait une zone inflammatoire œdématiée, infiltrée de graisse; il est possible que dans certains cas, cette zone para-cervicale soit purement inflammatoire; il est probable que des lymphatiques malades et cancéreux la traversent; il importe donc dans tous les cas d'exciser cette zone et la laparotomie me semble la seule opération qui puisse permettre cette excision. Je suis d'avis que de plus en plus on abandonnera l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer du col utérin.

S'il s'agit de toutes petites lésions, telles que nous les voyons d'une façon exceptionnelle, une amputation haute du col suivie d'un évidement du tissu utérin nous paraît devoir suffire.

S'il s'agit d'un cancer du col ulcéré, gagnant le vagin, l'hystérectomie vaginale devient insuffisante, et il faut, en effet, s'éloigner le plus possible de l'utérus, se rapprocher des origines des vaisseaux, c'est-à-dire de leur implantation sur les hypogastriques; mais on se heurte au danger d'intéresser les uretères : le seul moyen d'éviter ces conduits, c'est de les mettre à découvert, de les isoler et de les déjeter en dehors, c'est ce que nous avons fait; cela ne sera peut-être pas toujours facile, nous nous en sommes convaincus dans différentes expériences pratiquées sur le cadavre. Peut-être aura-t-on quelque avantage à placer par la vessie une bougie dans chaque uretère, comme l'a fait Kelly.

Je relève encore dans notre observation, que nous avons sectionné l'utérus sur la ligne médiane; ce temps nous a facilité la pénétration dans le vagin et la section transversale du vagin au-dessous des culs-de-sac. Je considère comme inutile le conseil

donné par Jacobs qui pratique d'abord l'ablation supra-cervicale de l'utérus et qui, dans un second temps, résèque le col.

Il est recommandable de commencer son opération par un curettage du col par voie vaginale, suivi d'une thermocautérisation profonde; cette désinfection préalable peut s'opérer sans que le chirurgien touche en quoi que ce soit les parties malades, elle pourrait d'ailleurs être faite par un aide.

M. Michaux. — J'ai fait cette opération dans mon service; comme M. Quénu, je crois qu'il faut, en effet, seulement s'occuper de l'uretère. Dans un cas, malgré une dénudation attentive, je l'ai sectionné. La malade a guéri, mais elle a une fistule uretérale qui nécessitera une nouvelle intervention.

M. Quénu. — Pour éviter cet accident, je crois qu'il faut dénuder l'uretère au-dessus de la vessie et au-dessus de l'induration cancéreuse: on a ainsi un segment assez long qui permet d'en faire la libération au niveau des tissus envahis et de ne pas blesser le conduit.

Second. — Ce qu'a dit M. Quénu est conforme à ce qu'ont dit les médecins américains qui, depuis longtemps, pratiquent ces opérations pour les raisons que notre collègue a exposées.

Comme lui, la lésion possible de l'uretère les préoccupe et les procédés de Kelly et de Jacobs répondent à ces préoccupations; pour même éviter de sectionner l'uretère, ils ont conseillé son cathétérisme préalable.

Quénu. — Je connais les travaux américains et aussi ceux de Jacobs, mais je m'élève contre la manière dont Jacobs conduit son opération, et je ne conseille pas de l'imiter; il vaut mieux, je crois, fendre, comme M. Faure l'a conseillé, l'utérus par son milieu pour pouvoir en faire l'extirpation.

M. Michaux. — Cette division de l'utérus malade n'est pas sans danger.

M. Quénu. — Aussi je crois qu'il faut passer le thermocautère sur les surfaces de section avant d'enlever la tumeur.

M. SEGOND présente des radiographies de M. Londe, faites pour des malades, qu'il a opérés consécutivement.

La première montre une canule restée dans le sinus maxillaire;

La seconde, une aiguille dans l'éminence thénar;

La troisième, une aiguille, brisée en deux fragments juxtaposés contre le second métacarpien de la main.

Le Secrétaire annuel,

P. REYNIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 9 MARS 1898

Présidence de M. BERGER

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix, et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine :

2° Une lettre de M. FÉLIZET, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Des photographies d'un « brancard chirurgical », envoyées par M. A. REVERDIN (de Genève) ;

4° Un travail de M. BARETTE, membre correspondant, *sur les psychoses post-opératoires;*
Ce travail sera lu au cours de la discussion.

5° Une thèse de M. DESFOSSES, *sur la gastro-entérostomie postérieure*, renvoyée à la Commission du prix Duval.

A propos du procès-verbal.

M. QUÉNU. — Je lis, dans le procès-verbal, qu'un malade, opéré par moi d'un kyste hydatique du poumon, conserve encore une fistule. Non, j'ai dit que mon malade avait gardé une fistule, que j'ai opérée et guérie par un procédé spécial, et c'est précisément à cause de ce procédé que j'ai fait présenter le malade à la Société de chirurgie, par mon interne, il y a quelques semaines.

Communications.

I. — *Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans la production des psychoses post-opératoires,*

(Suite et fin),

par MM. LUCIEN PICQUÉ et MARCEL BRIAND (de Villejuif).

Messieurs, dans notre précédente communication, nous avons commencé l'étude des observations relatives aux aliénés antérieurs à l'opération, à obsessions variables, et qui parfois exercent sur le chirurgien une suggestion véritable par le récit de troubles imaginaires ou exagérés.

Nous vous avons cité la curieuse observation de Jeanne D.

En voici une autre analogue.

Obs. VI (personnelle). — Obsessions diverses. Opérations pratiquées sans succès. G..., femme L...t, couturière, présente une hérédité mentale très chargée. Elle a toujours été d'un caractère bizarre, fantasque et exalté. Depuis quelques années, obsédée par des idées hypocondriaques, elle court les cliniques et les hôpitaux de Paris. C'est d'abord aux homéopathes qu'elle s'est adressée pour se faire débarrasser de douleurs abdominales, en rapport avec ses idées délirantes. Plusieurs chirurgiens lui ont successivement fait un curettage de l'utérus, puis un raccourcissement des ligaments par le procédé d'Alexander, enfin une hystérectomie, sans que jamais elle n'éprouve aucun soulagement.

Les idées de suicide commencèrent alors à germer dans son esprit et elle fut envoyée à Sainte-Anne avec le certificat suivant du Dr Garnier : « Délire mélancolique avec prédominance d'idées hypocondriaques. » « Elle a un dépôt de méningite dans la tête » dit-elle. Idées persistantes de suicide. Nombreuses opérations.

A son arrivée à Villejuif, elle raconte qu'ayant été mal examinée au spéculum, tout lui est remonté dans la tête ; elle déclare que ses intestins n'étant plus retenus par la matrice, sont descendus, se sont noués et elle déclare qu'elle ne va pas suffisamment à la garde-robe. Elle profère des menaces contre les chirurgiens qui l'ont blessée, et demande avec la plus vive insistance à ce qu'on lui fasse préventivement un anus contre nature.

Après quatre mois de traitement, ses préoccupations mélancoliques et hypocondriaques se sont dissipées et Mme L...t put être rendue très améliorée à son mari.

Dans l'observation suivante, la malade également hypocondriaque, fut moins heureuse que la précédente, en ce qu'elle ne put décider un chirurgien à l'intervention.

En réalité, la maladie était devenue tellement manifeste, qu'il n'était plus nécessaire de faire intervenir un aliéniste pour définir son état mental. La simple fréquentation de la malade pendant quelques jours, a pu suffire pour convaincre le chirurgien qu'il s'agissait d'un cas de folie manifeste.

Obs. VII (personnelle). — Obsession chez une vieille persécutée. Marie A... est une sage-femme, âgée de cinquante-huit ans quand elle entra à l'asile de Villejuif.

Elle venait de l'hôpital où elle s'était présentée, marchant avec des béquilles et sollicitant une opération utérine. Le prétexte qu'elle invoquait pour se faire examiner par le chirurgien était conçu en des termes tels, que ce dernier ne douta pas un seul instant qu'elle ne fût atteinte d'une affection de l'utérus ou des annexes. Il procéda à un examen méthodique, sans rien découvrir d'anormal. Néanmoins, comme Mme A... accusait de violentes douleurs, elle fut maintenue en observation. Dans les quelques jours qui suivirent, elle manifesta contre le personnel des idées de persécutions qui attirèrent l'attention sur son état mental et la firent envoyer à Sainte-Anne, où elle ne fit que passer.

A son entrée à Villejuif, elle nous entretint de sa prétendue maladie utérine, et comme nous avions la conviction que ses préoccupations reposaient sur des interprétations délirantes, elle finit par nous faire l'aveu complet de son délire. Elle a, dit-elle, depuis l'âge de dix-neuf ans, le corps rempli par une matière échauffée et blanche, qui lui a été introduite par son mari dans le museau de tanche. On ne pourra la guérir que par l'hystérectomie.

Ce n'est pas la première fois qu'elle entre à l'hôpital.

Déjà elle s'était présentée à Saint-Louis et allait, dit-elle, être opérée lorsqu'elle eut la mauvaise idée de faire, au chirurgien, la confidence que sa maladie tenait à la matière échauffée qui avait pénétré dans le museau de tanche. En sa qualité de sage-femme, elle tenait à faire preuve d'érudition devant le chirurgien. C'est ce qui l'a perdue, dit-elle, et a fait renvoyer son opération.

Un peu plus tard, afin d'intéresser davantage à son cas, elle avait contracté l'habitude de marcher avec des béquilles et elle fut admise à la Pitié, sans pouvoir obtenir qu'on la débarrassât de sa matière échauffée.

Un examen plus approfondi de l'état mental montra que Mme A... est une vieille persécutée dont le délire remonte à une dizaine d'années.

Elle s'imagine qu'un ancien sous-préfet, dont elle a été la maîtresse, use d'une influence secrète pour la tourmenter et la réduire à la mendicité.

Les idées hypocondriaques de cette malade et ses idées de persécution se sont développées parallèlement sans que les unes aient succédé aux autres, ainsi que cela se rencontre souvent.

Les préoccupations, au sujet de la santé, ont mis trente ans à évoluer vers l'idée hypocondriaque confirmée qui poussait la malade à se faire opérer. Il est évident que dans ces conditions, toute opération

aurait été au moins inutile. On peut même ajouter que sur un semblable terrain, auraient germé de nouvelles idées hypocondriaques, que les persécutions s'y seraient jointes et que Mme A... n'aurait pas tardé à accuser le chirurgien de l'avoir mal opérée. Celui-ci aurait, à son tour, pris rang parmi les persécuteurs imaginaires, de sorte que l'intervention chirurgicale aurait eu pour effet d'aggraver l'état mental de la malade.

Dans les observations précédentes, les malades présentent des obsessions, qui les poussent à demander des opérations qu'elles croient nécessaires ; en tous cas, elles présentent des symptômes dont elles exagèrent inconsciemment l'importance : elles se croient malades et viennent demander le secours de la chirurgie.

Nous devons mettre en parallèle, des faits qui sortent à la vérité du cadre gynécologique, mais qui nous montrent un nouvel élément, la simulation, que nous pourrons retrouver d'ailleurs sur le terrain gynécologique. Ce sont des malades qui présentent également des obsessions, mais qui simulent des maladies qu'elles savent ne pas avoir, pour obtenir les opérations qu'elles désirent.

Obs. VIII (personnelle). — Obsessions diverses chez une dégénérée, simulation. Joséphine C..., présente plusieurs signes de dégénérescence mentale (infantilisme, blésité, malformation de l'oreille externe). Elle est entrée à l'Asile pour un accès de folie intermittente. Les parents racontaient qu'elle n'a commencé à marcher qu'après deux ans et n'a pu parler qu'à six ans révolus. Elle était d'ailleurs peu intelligente. Dès l'âge de sept ans, ses seins ont commencé à la préoccuper. Elle en parlait souvent, les considérait avec attention et se montrait très ennuyée à la pensée qu'ils grossiraient. Je me les ferai couper, disait-elle souvent, Les parents n'attachaient aucune importance à ces faits qu'ils qualifiaient d'enfantillage ; mais l'obsession devenait de plus en plus pénible, et à seize ans, elle débuta dans ses pérégrinations à travers les services hospitaliers. C'est à peine, si elle restait quinze jours chez ses parents entre deux entrées. Presque tous les chirurgiens, entre autres le professeur Trélat, lui ayant déclaré que ses seins étaient très normaux, elle résolut d'en obtenir l'ablation en simulant les maladies pour lesquelles elle avait vu enlever un de ces organes. Les premières simulations échouèrent jusqu'au jour où une voisine de salle fut opérée pour une névralgie mammaire persistante. Le moyen d'arriver à ses fins était désormais trouvé. Elle quitta le service et se fit admettre dans un autre hôpital en simulant d'atroces douleurs névralgiques.

Les moyens thérapeutiques ordinaires, n'ayant amené aucun résultat, un chirurgien se laissa convaincre et lui enleva le sein droit ; quelques semaines après ; elle se faisait enlever l'autre sur le même prétexte. L'obsession ne s'arrêta malheureusement pas là ; plus tard, elle se mit dans la tête de se faire débarrasser de ses doigts qui l'ennuyaient, dit-

elle, parce qu'ils lui faisaient une vilaine main. Le moyen qu'elle employait était le suivant : elle se mordait le doigt jusqu'à ce que la plaie prît un vilain aspect; elle se présentait alors dans un hôpital où on lui enlevait une phalange sans même l'endormir.

Dans l'intervalle de ses nombreux accès de folie à double forme qu'elle subit, à Villejuif, nous fûmes plusieurs fois témoins des obsessions que lui causaient ses doigts, et nous dûmes la faire surveiller de très près pour l'empêcher de se les ronger; son désir avoué étant de n'avoir à chaque main que le pouce et l'index.

A côté de cette aberration, on peut citer celle d'une jeune femme qui poursuivie pendant plusieurs années par la pensée, que la grandeur et surtout la largeur démesurée de ses pieds, l'empêcheraient de trouver un mari, tourmentait ses parents pour qu'ils la fissent opérer. Peu s'en fallut qu'elle ne trouvât un chirurgien complaisant, lequel avait à peu près convaincu la mère qu'une opération pourrait améliorer les choses. Sur le conseil du médecin de la famille, le père intervint, fort heureusement, assez à temps pour empêcher une intervention au moins inutile. Cette dame, qui depuis, a mis trois enfants au monde a eu, après chacune de ses couches, un accès de folie puerpérale. Elle avait les pieds plats et comme elle savait que certaines opérations étaient tentées lorsque survenaient des névralgies rebelles, elle avait appris à simuler suffisamment ce symptôme pour tromper un chirurgien, qui était sur le point de tenter une opération, lorsque ses soupçons furent mis en éveil par la prétention de la malade qui voulait se faire enlever un métatarsien pour diminuer la largeur de son pied.

Autre observation à peu près identique à la précédente :

Obs. IX (personnelle). — Obsessions diverses. Simulation. Adèle est une prédisposée à la folie qui, depuis 1886, est entrée plusieurs fois dans les asiles. Elle est, en outre, sujette à de rares accès d'hystéro-épilepsie. C'est une forte fille de vingt-cinq ans, d'une grande inégalité d'humeur, tantôt déprimée, tantôt violente et impulsive et très désireuse d'attirer l'attention. Entre deux séjours à Villejuif, elle trouva moyen de se faire amputer les deux seins, de la façon suivante. Bien que d'un volume normal, ils la gênaient par leur gonflement au moment des règles, aussi les malaxait-elle pour les faire dégonfler ; une érosion qu'elle se fit au mamelon fut suivie d'érisypèle. Plus tard, il se produisit un petit phlegmon dans les mêmes conditions; aussi jura-t-elle de se débarrasser d'organes inutiles, qui ne lui causaient que des ennuis et d'inutiles séjours à l'hôpital.

Le premier chirurgien auquel elle s'adressa, la renvoya en la plaisantant sur l'étrangeté de sa demande; mais elle retint de cette première consultation que certaines névralgies mammaires nécessitaient parfois l'amputation d'un sein. Son boniment était trouvé. Munie de ce renseignement, elle courut les services hospitaliers, et finit par trouver un opérateur qui allait procéder à l'ablation, lorsqu'une malencontreuse attaque d'hystérie fit penser à un point hystérique et remettre

l'opération aux calendes grecques. Elle quitta ce service où sa qualité de sujet intéressant lui avait permis d'apprendre tout ce qu'il fallait pour simuler correctement une névralgie rebelle à toute thérapeutique, et se fit admettre dans un autre hôpital où on lui fit enfin l'amputation du sein gauche.

Désormais rien n'était plus facile que de se faire débarrasser de l'autre en invoquant un précédent. C'est ce qu'elle fit quelques mois après.

Elle fit, vers cette époque, un séjour de quelques mois à Villejuif, à l'occasion d'un accès d'agitation maniaque, et nous raconta son odyssée.

Cette jeune fille était éminemment suggestible; aussi est-il fâcheux qu'on n'ait pas eu la pensée de la débarrasser de son obsession, par une tentative de suggestion.

Transférée dans un asile de province, elle fut bientôt rendue à la liberté, ce dont elle profita pour se faire amputer un doigt de la main gauche, qu'elle trouvait trop gros par rapport aux autres. Pour arriver à ses fins, elle y entretint par des pansements irritants, une plaie profonde qu'elle s'était faite avec les dents. Il faut ajouter qu'elle était hémi-anesthésique de ce côté.

La recherche du sommeil chloroformique devait être aussi pour quelque chose dans ses mutilations; car, dans un précédent séjour à la Charité, elle avait pu faire une provision de chloroforme et contracter l'habitude d'en respirer et même d'en boire.

En vous soumettant, Messieurs, les observations précédentes, dont toutes n'ont pas trait à la gynécologie, nous avons tenu à vous montrer une catégorie de malades trop peu connus des chirurgiens.

Vous avez vu combien l'insistance de certains malades à faire parade de douleurs imaginaires, finit par suggestionner le chirurgien lui-même, et lui faire tenter des opérations qui, si elles sont justifiées en apparence par les symptômes accusés par les malades, ne sauraient conduire à aucun résultat utile.

Nous avons voulu vous montrer des faits d'opérations en apparence étonnantes, et qui peuvent s'expliquer cependant en se plaçant à un certain point de vue. C'est surtout dans cette catégorie de malades qu'il faut chercher, non seulement les insuccès thérapeutiques, mais aussi les prétendus cas de folie post-opératoire.

Il faut le dire nettement, et c'est la conclusion que nous voulons tirer des observations précédentes.

Si les grosses opérations sur l'utérus et les annexes, nécessitées par des lésions matérielles évidentes, donnent surtout les délires septiques, ce sont les opérations pratiquées pour des symptômes subjectifs, souvent imaginaires et parfois simulés

chez les prédisposés et les aliénées antérieures, qui donnent ces prétendues psychoses, qui ne constituent que des épisodes dans une longue histoire pathologique.

Ce n'est pas autrement qu'il faut expliquer la plupart des cas qui sont réunis avec une certaine complaisance depuis une vingtaine d'années, contre l'extension de la gynécologie, et que nous avons eu en vue dans notre groupe n° 3, des observations publiées.

La plupart des faits rapportés par Seligman, dans sa thèse, ne comportent pas, à notre sens, une autre interprétation. Et combien d'autres pourrions-nous citer encore en parcourant la longue liste des observations qui encombrent actuellement la littérature, sous des titres erronés.

On comprend que, d'une part, l'ignorance de cette pathologie spéciale, et, d'autre part, la confiance bien naturelle que le chirurgien a dans ses actes depuis la rénovation antiseptique, l'aient conduit à des exagérations excusables, mais contre lesquelles il importe de réagir aujourd'hui, si on ne veut pas porter atteinte à la chirurgie elle-même, en fournissant des arguments, en apparence sérieux, à ses détracteurs.

Instruits pour notre part depuis longtemps, des faits que nous venons de vous soumettre, nous nous sommes toujours opposé à l'intervention chez ces malades. L'un de nous prend dans ses observations personnelles, un certain nombre de cas à l'appui de cette manière de faire.

Obs. X (personnelle). — En 1892, entra dans le service de M. le Dr Pozzi, que j'avais l'honneur de suppléer à l'hôpital Broca, une femme âgée de trente-deux ans, se plaignant de vives douleurs dans l'hypogastre avec irradiation du côté du rectum.

Cette malade, qui avait eu plusieurs grossesses, racontait qu'un an auparavant, elle avait commencé à souffrir du bas-ventre, et que les douleurs avaient peu à peu augmenté d'intensité.

Il y a trois mois environ, une notable quantité de pus s'écoula par le rectum, au moment de la défécation; il y eut un soulagement immédiat; mais peu à peu les douleurs reparurent, et c'est dans ces conditions qu'elle se décida à entrer à l'hôpital. L'état général de la malade est d'ailleurs excellent et elle ne s'est jamais alitée.

L'interne chargé du service examina cette malade dès son entrée, constata une certaine immobilité de l'utérus, et n'ayant aucune raison de suspecter la bonne foi de la malade, admit le diagnostic de suppuration pelvienne ouverte dans le rectum, et devant les douleurs persistantes éprouvées par la malade me la proposa pour une hystérectomie.

J'examinai moi-même cette malade sous le chloroforme ; contrairement à ce que l'on trouvait à l'état de veille, l'utérus était absolument mobile et les annexes sains et libres de toute adhérence.

En rapprochant les résultats négatifs de l'examen, des conditions excellentes où se trouvait la malade sous le rapport de la santé générale, éclairé par d'autres faits analogues de ma pratique, je me mis à douter des renseignements donnés par cette malade. En la pressant de questions sur la nature de l'écoulement qu'elle accusait du côté du rectum, je constatai qu'elle était dans l'impossibilité de nous renseigner précisément sur les circonstances de cet accident.

Je n'accuse en aucune façon la bonne foi de cette femme : à mon avis, elle n'avait fait qu'exagérer inconsciemment les phénomènes produits; j'admettais fort bien qu'elle avait pu présenter à un moment donné un écoulement quelconque, mais ce pouvait être un peu de mucus ou des matières liquides, à coloration bizarre, dans lesquelles elle avait cru reconnaître la présence du pus.

J'engageai dès lors cette malade à m'écrire elle-même ses observations. Cette lettre fut pour moi la confirmation de mon opinion à son égard; elle me décrivit les sensations éprouvées par elle, avec un luxe d'expressions, qui trahissait suffisamment son état mental. Je fis dès lors venir son mari et j'appris de lui que depuis longtemps sa femme présentait des signes tout a fait singuliers et pénibles d'excitation et de dépression morale. Je lui conseillai dès lors d'aller consulter à l'asile Saint-Anne. Elle y fut reçue de suite par M. Magnan avec le diagnostic « mélancolie anxieuse ».

Cette femme m'écrivit un jour une longue lettre où elle me signalait un renseignement curieux à noter : avant son mariage, elle avait, dit-elle, été séduite par un homme qui l'avait emmenée à l'étranger et l'y avait abandonnée.

Elle crut que cet homme avait une « maladie honteuse » et la lui avait communiquée. C'est à cette origine qu'elle attribuait tous les troubles ressentis par elle et spécialement l'abcès profond dont elle avait cru constater l'ouverture par le rectum.

On voit donc que, chez cette femme prédisposée à la folie, c'est l'idée d'une infection à la rigueur possible qui l'a conduite à la mélancolie anxieuse. Actuellement elle est en pleine démence et a été récemment transférée dans un asile du Nord-Ouest.

Obs. XI. — Je suis appelé, il y a un an, dans les environs de Paris, près d'une dame âgée de trente-cinq ans qui présentait une curieuse histoire. D'un tempérament très nerveux, sans antécédents pathologiques, cette dame avait accouché, pour la première fois, il y a environ deux ans et demi. Depuis cette époque, elle ne s'est jamais relevée.

L'accouchement s'était effectué dans d'excellentes conditions; les suites avaient été aussi simples que possible, mais la malade commença bientôt à ressentir dans la région lombaire et les fosses iliaques une douleur qui a persisté depuis.

Tous les traitements locaux et généraux ont été essayés sans succès, et c'est parce que l'on suppose dans son entourage l'existence d'une salpingite que je suis appelé à donner mon avis. Je dis l'entourage, car

le médecin de la malade a parfaitement rattaché à leur véritable cause les accidents éprouvés par la malade.

Dès mon arrivée près de la malade, je ne tarde pas à reconnaître tout l'appareil pompeux des névropathes. Les stores de sa chambre étaient complètement fermés, et Mme X... se servait nuit et jour de la lumière artificielle : mise avec une extrême recherche, elle passait ses journées à lire des romans.

Quand elle était entièrement seule, elle se levait volontiers, mais dès que quelqu'un pénétrait dans sa chambre, immédiatement elle accusait des douleurs violentes dans le bas ventre ; son mari se trouvait obligé, la nuit, de mettre à sa disposition des calmants de toute espèce.

Mon examen fut des plus difficiles ; le moindre attouchement réveillait chez elle des douleurs intolérables. Je pus, néanmoins, acquérir la certitude que les annexes ne présentaient aucune lésion appréciable. Cette malade, très névropathe d'ailleurs, était en somme atteinte d'une névralgie ovarienne, qu'elle entretenait et cultivait avec soin par le séjour au lit. Cette malade avait espéré trouver en moi un chirurgien complaisant.

Quand je lui exposai le plan thérapeutique que j'avais adopté avec le médecin de la famille, la malade ne put cacher son mécontentement. Elle commença par me supplier de lui enlever les deux ovaires, elle essaya de me fléchir en me vantant les beaux succès de la chirurgie, et quand elle vit que ma résolution était formellement arrêtée, elle me dit franchement qu'elle regrettait de s'être adressée à moi.

Voilà donc une malade qui, contrairement à beaucoup d'autres, recherchait avec insistance une intervention chirurgicale. Elle voulait à tout prix une castration, non pas dans un but malhonnête (elle s'y serait prise probablement autrement), mais par mode, par imitation et aussi dans le but de rendre sa situation plus intéressante.

Obs. XII (personnelle). — Mlle P..., vingt-huit ans, est une dégénérée avec antécédents héréditaires; très intelligente, munie de tous ses brevets d'institutrice, elle se laisse séduire par un homme auquel elle venait demander un conseil. Lâchement abandonnée, au moment même où elle se croyait enceinte, elle est prise brusquement d'un accès d'excitation maniaque et entre dans le service de M. Bouchereau, à Sainte-Anne où elle séjourne pendant huit mois. Elle en sort guérie et entre à l'École d'accouchement comme élève sage-femme. Elle y fait de brillantes études mais quitte l'École au moment de passer ses examens et ne tarde pas à rentrer à Sainte-Anne avec un délire où prédominent des idées mélancoliques, qui ne laisse guère actuellement d'espoir de guérison.

Peu de temps après son premier rapport, elle ressentit quelques symptômes de vulvite et des douleurs dans l'hypogastre. A ce moment, elle vint me consulter avec une de ses parentes, et après m'avoir

confessé l'origine des symptômes qu'elle éprouve, me pria de l'examiner.

Je ne trouvai rien de bien notable; il existait un peu de rougeur à la vulve; quelques signes d'endométrite; les annexes étaient saines.

Les études qu'elle fit à la Maternité devaient être, pour elle, l'occasion de conceptions délirantes, mais parfaitement raisonnées, et par cela même dangereuses pour un chirurgien inexpérimenté.

Les applications très rigoureuses qu'elle vit faire de la méthode antiseptique à la Maternité, devaient frapper profondément l'imagination de cette fille particulièrement intelligente. Elle crut, et cela avec quelque apparence de vérité, qu'elle avait été infectée lors de son premier coït; mais, au lieu d'en rester à la donnée pathogénique des accidents ressentis par elle, elle interpréta, d'une manière délirante, la nature et le caractère de ces accidents, se crut d'autant plus exposée aux complications qu'elle voyait chaque jour sous les yeux, qu'elle croyait réellement avoir eu un début de grossesse.

Elle réclama donc impérieusement une intervention chirurgicale. Elle écrivait souvent à son médecin, et en excellent style, pour lui faire part de ses craintes et de son désir d'entrer dans mon service, à Ivry, pour y subir un curettage.

Les arguments qu'elle invoquait pouvaient frapper un esprit non prévenu. Quant à moi, éclairé par les antécédents de cette malade, au point de vue mental, je résistais à ses demandes réitérées.

Un moment cependant, je fus sur le point de la prendre à Ivry, espérant, par une opération simulée, calmer ses appréhensions au sujet de l'infection dont elle se croyait atteinte à un si haut point. Mais les accidents psychiques se précipitèrent rapidement et rendirent toute tentative de ce genre impossible.

Il s'agit, dans les cas qui précèdent, de malades déjà aliénées et auxquelles j'ai simplement refusé une intervention.

Nous pourrions y ajouter d'autres faits analogues, dans lesquels l'usage de moyens spéciaux à la thérapeutique des affections mentales, ont pu amener rapidement la guérison.

Mais ce serait trop nous écarter du sujet actuel et nous avons hâte de tirer de l'exposé précédent les conclusions suivantes.

Il résulte des faits que nous venons de vous exposer, que les observations qui démontrent l'influence des opérations gynécologiques sur la production des délires sont bien exceptionnelles, si tant est qu'il en existe réellement.

La plupart des faits publiés sont ou incomplets ou ont trait à des délires fébriles ou rentrent dans la troisième catégorie que nous avons établie dans ces observations.

Si on ne peut contester d'une façon absolue l'existence du délire post-opératoire, après les opérations gynécologiques, délire qui semble réel dans notre deuxième observation, on peut affirmer,

qu'il est exceptionnel et qu'en tout cas, il ne présente pas cette fréquence si complaisamment annoncée par les auteurs sur des observations le plus souvent incomplètes.

Il faut, à notre sens, dans les opérations gynécologiques, distinguer deux groupes :

1° Celles qui s'adressent aux grosses lésions de l'utérus ou des annexes: à celles-là correspondent les délires toxiques (iodoforme ou septicémie). Fréquentes autrefois, elles tendent à devenir de plus en plus rares ;

2° Celles qui s'adressent aux troubles subjectifs accompagnant des lésions souvent insignifiantes et qui constituent le domaine de la petite chirurgie gynécologique (opération d'Alexander, de Schrœder, colporraphies diverses).

A celles-là correspondent le plus grand nombre de psychoses ; mais le plus souvent vous saurez, en les examinant, qu'il s'agit d'aliénées anciennes, et vous devrez leur refuser l'intervention.

Voilà ce qui découle de notre observation et de notre étude.

Et, en résumé, nous pensons que si la chirurgie est susceptible d'exercer une influence sur l'état cérébral des sujets, c'est une influence plutôt bienfaisante, et notre observation personnelle nous permet encore d'affirmer, d'accord avec quelques auteurs, que la chirurgie intervient non pour provoquer des troubles cérébraux mais peut les guérir dans quelques cas.

Ce sera l'objet d'une troisième communication.

II. — *Trois cas de résection pylorogastrique (pylore et région avoisinante de l'estomac)*,

par M. TUFFIER.

Les résections du pylore qui vous ont été montrées récemment m'engagent à vous apporter trois faits d'ablation de la région pylorique et de la région stomacale avoisinante, pour cancer de cette région. Mes trois malades ont guéri de leur opération ; je vous ai présenté ces trois malades, dont l'une à notre dernière réunion.

Tout d'abord il faut bien s'entendre sur le terme de *résection du pylore ;* il est certain que notre intervention porte rarement sur la seule région pylorique, quant il s'agit de cancer. Tous les néoplasmes de l'estomac que j'ai opérés par résection ou par gastroentérostomie avaient dépassé les limites anatomiques du pylore. Fait remarquable, c'est en général vers l'estomac et non pas vers

le duodénum que se développe particulièrement la tumeur, et je crois cette constatation importante. Lorsque nous voulons mettre, autant que possible, nos malades à l'abri d'une récidive après une opération, nous enlevons les néoplasmes largement, nous taillons en plein drap aussi loin que possible des limites appréciables des tissus morbides. Au niveau de l'estomac, cette règle ne perd pas ses droits et elle nous conduit à réséquer bien plus loin du côté de la cavité gastrique que du côté du duodénum. Les pièces que j'ai examinées montrent une infiltration stomacale latente, se prolongeant dans l'épaisseur des parois loin de la région macroscopiquement atteinte. La pièce que je vous présente est celle d'un de mes opérés; elle a été reproduite dans la thèse de mon interne M. Desfosses. Elle indique bien cette propagation gastrique. Nous devrons donc toujours faire de ce côté une opération large, c'est-à-dire que la pylorectomie pour cancer est rare et que l'opération fréquente est la résection du pylore et d'une partie plus ou moins large de l'estomac. Grâce à cette précaution, la récidive du cancer chez mes malades ne s'est jamais faite au niveau de l'estomac, et cependant une de mes malades a vécu plus d'un an.

Les trois malades que j'ai opérés portaient des tumeurs s'étendant, l'une vers la grande courbure dont elle occupait plus du tiers, la seconde vers la petite courbure qu'elle infiltrait jusqu'au voisinage du cardia, et la troisième, que je vais vous montrer, était atteinte d'un néoplasme circulaire allant du pylore au delà de l'antre pylorique. Chez ma seconde malade dont voici les pièces la résection stomacale a été presque complète ne laissant que le fond de la grosse tubérosité.

Le *siège* qu'occupent et la *direction* que suivent les lésions envahissantes du pylore vers l'estomac ne sont pas indifférents. Les infiltrations de la petite courbure contre-indiquent l'intervention radicale beaucoup plus rapidement; par leurs adhérences et leurs rapports, elles nécessitent des délabrements plus considérables que ceux de la grande courbure. La forme même de l'estomac, les dimensions très restreintes de sa petite courbure, dimensions bien plus petites qu'on ne le croit, expliquent facilement ces différences de gravité dans l'envahissement de ses deux bords. La fixité plus grande de cette petite courbure, surtout vers les parties supérieures, qu'il est impossible d'abaisser et qui sont de beaucoup la partie la plus fixe de l'estomac, constitue également une difficulté pour nos interventions.

Pour pratiquer ces résections je fais, comme tous mes collègues, l'hémostase préventive sur le petit et le grand épiploon, et limitant mon champ opératoire par deux larges clamps, ayant bien isolé le

reste de la cavité abdominale, je sectionne aussi loin que possible du siège des lésions. D'ailleurs ces premiers temps de la résection ne paraissent pas très importants et le désaccord ou plutôt la variété entre les procédés opératoires consiste surtout dans le mode de réunion des deux extrémités sectionnées. Je crois que pour bien nous comprendre, il vaut mieux sacrifier les noms d'auteurs aux faits, et dire que l'abouchement de l'estomac au pylore peut se faire par anastomose *termino-terminale*, *termino-latérale* ou *latérale*. Dans le premier cas, les deux extrémités sont abouchées directement après rétrécissement de l'une d'elles. Dans le second, l'extrémité duodénale est suturée à l'une des faces de l'estomac. Dans l'anastomose latérale, les deux sections duodénale et gastrique sont aveuglées, et l'intestin est suturé latéralement à l'estomac comme dans une gastro-entérostomie ordinaire. Chacun de ces procédés a ses partisans, et je crois qu'il faut être *éclectique* à leur endroit.

J'ai pratiqué deux fois l'anastomose bout à bout, termino-terminale; chez ma troisième malade j'ai fait l'abouchement termino-latéral; enfin j'ai fréquemment répété sur les animaux l'anastomose latérale, qui me paraît la méthode de choix dans certains cas.

L'anastomose *termino-terminale* présente deux inconvénients. Pour rapprocher les deux extrémités sectionnées, on est souvent obligé d'exercer une *traction* toujours défavorable à la solidité d'une suture. A cet égard, l'*extrémité duodénale se prête beaucoup plus* que l'extrémité stomacale; le point fixe de l'estomac, le cardia, et la petite courbure se prêtent moins que la grande courbure. De plus, la *différence de dimension* des deux surfaces de section nous oblige à rétrécir l'orifice stomacal, soit par en haut, anastomose termino-terminale supérieure, soit par en bas, anastomose termino-terminale inférieure; il en résulte une surface en Y ou en ⅄ à aboucher à un orifice circulaire, et la suture bimuqueuse hermétique est alors un peu délicate et difficile. Cet inconvénient a frappé tous les chirurgiens; en somme, c'est un léger inconvénient qui oblige seulement à soigner tout particulièrement les *sutures des angles*. Chez ma première malade, j'ai rétréci l'orifice stomacal par en haut pour éviter un cul-de-sac. Chez la seconde j'ai été obligé de la rétrécir par en bas, et, pour éviter la traction sur mes sutures, j'ai dû placer quatre fils de sûreté très loin de ma surface de section, de façon à rapprocher le voisinage du cardia de la première portion du duodénum, et empêcher ainsi mes sutures de « fatiguer ». La réunion a été parfaite, comme l'ont prouvé les deux examens nécroscopiques; malgré ce succès, je crois qu'une anastomose latérale simplifierait beaucoup l'opération, et pour ces larges résections, je préfère aveugler les deux

extrémités sectionnées, et prendre une anse intestinale grêle pour l'anastomoser latéralement au reste de l'estomac. Schlatter, qui vient de réussir à suturer ainsi l'intestin grêle au cardia, a prouvé, au maximum, la facilité d'exécution et l'indication de ce procédé.

L'anastomose *termino-latérale* (Kocher) postérieure telle que je l'ai pratiquée m'a paru simple et facile. La fermeture de la cavité stomacale est rapidement faite et la suture du *duodénum à la face postérieure de l'estomac* ne présente pas les difficultés auxquelles on pourrait s'attendre. Le seul inconvénient est de créer une nouvelle ouverture stomacale dans une région relativement rapprochée du plan de suture qui ferme l'estomac : ce sont là des conditions de réussite peu favorables et qui demandent certaines précautions. Pour anastomoser la section duodénale avec la face postérieure de l'estomac, il faut que la résection du pylore soit peu étendue, de telle sorte que des *tractions* ne deviennent pas nécessaires pour pratiquer un abouchement du duodénum très loin sur le grand cul-de-sac de l'estomac.

L'*anastomose latérale* ne présente pas ces désavantages; et les expériences que nous avons faites avec mon interne, M. Bonamy, sur les animaux, au laboratoire de M. Dastre, me font vraiment regarder la gastro-entérostomie comme la méthode de choix dans les résections étendues. On peut anastomoser la première anse jéjunale aussi haut qu'on le désire, et, par conséquent, l'opération est praticable, quelle que soit l'étendue de la résection, puisque Schlatter (*Beitrage zur Klin. Chir.*, XIX, 3) a pu anastomoser ainsi le cardia et l'intestin complémentaire. J'ai repris sur les animaux cette curieuse anastomose.

La digestion après ces résections stomacales a été étudiée sous toutes ses formes, chimisme, motricité. Lorsque la résection est peu étendue, la digestion est à peine gênée, et le chimisme reste, après l'opération, ce qu'il était avant, mais si la résection est étendue, les fonctions de l'estomac sont profondément troublées. Le fait curieux qu'a présenté ma seconde malade, à laquelle il ne restait que la partie supérieure de la grosse tubérosité, c'est la nécessité où elle se trouvait de manger presque constamment ; elle ne pouvait plus faire ses quatre repas, il lui fallait prendre des aliments par petites quantités, très fréquemment renouvelées, toutes les deux heures par exemple. Il semble donc que la cavité gastrique joue le rôle d'un réservoir, qui ne peut être suppléé par l'intestin. Le même fait se remarque chez les animaux qui ont subi l'exclusion ou l'ablation de l'estomac, et j'ai pu le constater chez des chiens auxquels nous avions anastomosé l'œsophage et l'intestin, en liant le cardia et le pylore, pour exclure l'estomac de la voie suivie par les aliments. Je me

garde de toute déduction physiologique sur la théorie de la faim, mais il y a certainement là un fait à noter.

Je crois donc que les résections du pylore doivent s'accompagner d'une résection plus ou moins large de l'estomac. Pour les ablations peu étendues, l'anastomose termino-terminale est bonne, mais d'une exécution un peu plus délicate que l'anastomose latérale. Dans les résections étendues, c'est l'anastomose latérale qu'il faut pratiquer. Ces ablations étendues s'accompagnent d'un trouble digestif caractérisé surtout par la nécessité de repas très peu abondants et très fréquents.

Un fait anatomique très curieux suit ces larges résections. Sur la planche que je vous présente et qui est la reproduction (grandeur naturelle) de la pièce de ma malade, vous voyez que la *grosse tubérosité de l'estomac* s'est développée pendant ces deux mois, et qu'elle tendait à *refaire une petite cavité stomacale*, il est probable que le ressaut qui séparait cette petite cavité du duodénum contribuait à sa dilatation progressive, et on pouvait espérer dans l'avenir un réservoir insuffisant, il est vrai, mais bien plus développé que ne le laisserait supposer la région épargnée par l'opération.

Obs. II.— *Gastrectomie presque totale pour néoplasme de la petite courbure. — Suture termino-terminale.* (Obs. recueillie par M. Cathelin.)— K... (Louise), âgée de trente-trois ans.

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : N'a jamais eu de maladies. — Réglée à douze ans, régulièrement. Il y a trois ans, la malade commence à se plaindre d'une sensation de plénitude et de tension au niveau de l'estomac; mais il n'y avait pas, à proprement parler, de douleurs.

Depuis deux ans, elle a du dégoût pour certains aliments (la viande en particulier), et elle perd en partie l'appétit; mais jamais elle n'a eu de vomissements d'aucune sorte. Elle raconte avoir eu il y a un an du mélæna; elle insiste sur la couleur de ses selles qui ressemblaient à du goudron ; en même temps, pour la première fois, elle s'aperçoit qu'elle porte une tumeur au niveau de l'hypocondre gauche. — Ni hoquet, ni douleurs. — Les digestions restent relativement faciles, et n'était le dégoût que la malade éprouve à la vue de certains aliments, elle ne se plaindrait que peu de son état. — Ni renvois acides, ni pyrosis. — Signalons enfin une douleur peu intense localisée au niveau de l'angle xiphoïdien et une autre au niveau de l'omoplate gauche.

État actuel. — A la palpation, la malade présente une tumeur de la grosseur d'une orange au-dessus et à gauche de l'ombilic, tumeur irrégulière, dure, un peu lobulée, assez mobile, semblant faire corps avec la paroi, à ce point qu'on a cru pendant quelque temps que la tumeur était pariétale; d'autres personnes qui examinent la malade localisent la tumeur au niveau de l'estomac.

Pas de ganglions sus-claviculaires. — En outre, la malade présente une éventration et une faiblesse de la paroi qui avaient fait penser un instant à la maladie générale, à une entéroptose, d'autant plus que l'estomac paraît dilaté et que la malade porte à droite un rein mobile.

La malade a beaucoup maigri ces temps derniers et s'est fort affaiblie, mais tous les autres organes fonctionnent régulièrement.

Opération (3 août 1897) : Éthérisation. — Incision latérale le long du bord externe du grand droit. — On tombe immédiatement sur l'estomac dont la petite courbure présente une induration très nette, étendue à toute la petite courbure. L'exploration montre, en outre, des ganglions

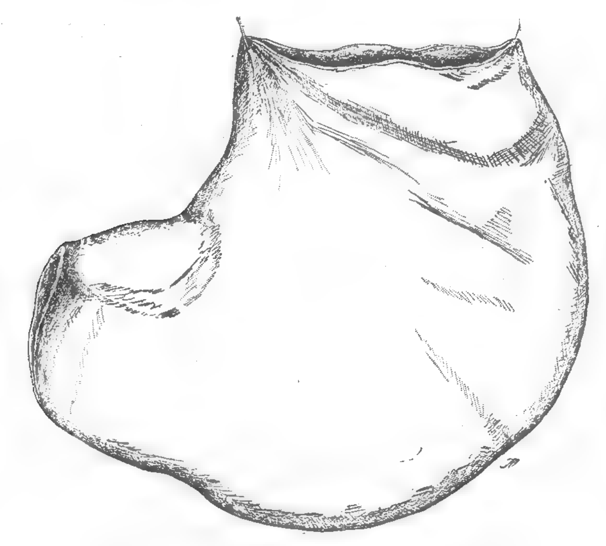


Fig. 1. — Partie de l'estomac réséquée.

La saillie arrondie de la petite courbure est formée par le néoplasme.

volumineux le long du grand bord et du petit bord de l'estomac. De plus, la tumeur est relativement mobile : ce qui décide M. Tuffier à faire la *gastrectomie*. — Deux pinces dont les mors sont entourés de tubes de caoutchouc sont placées l'une au-dessus du cardia, l'autre au-dessous du pylore. — Après que toutes les ligatures ont été faite le long de la grande et de la petite courbure et quand l'hémostase est assurée, on incise l'estomac en haut le plus près possible du cardia et, en bas, au niveau de la région sous-pylorique, puis on fait basculer l'estomac de haut en bas et on l'extirpe complètement. On a dépassé toutes les limites du mal ; on enlève encore quelques ganglions siégeant au niveau de la petite courbure ; puis, après s'être assuré de l'hémostase des coronaires stomachiques et pyloriques, on rétrécit la partie supérieure de l'estomac, de façon à conserver un orifice qui ait les mêmes dimensions que celles de l'orifice pylorique; enfin on fait trois plans postérieurs de sutures de façon à rapprocher le plus possible le

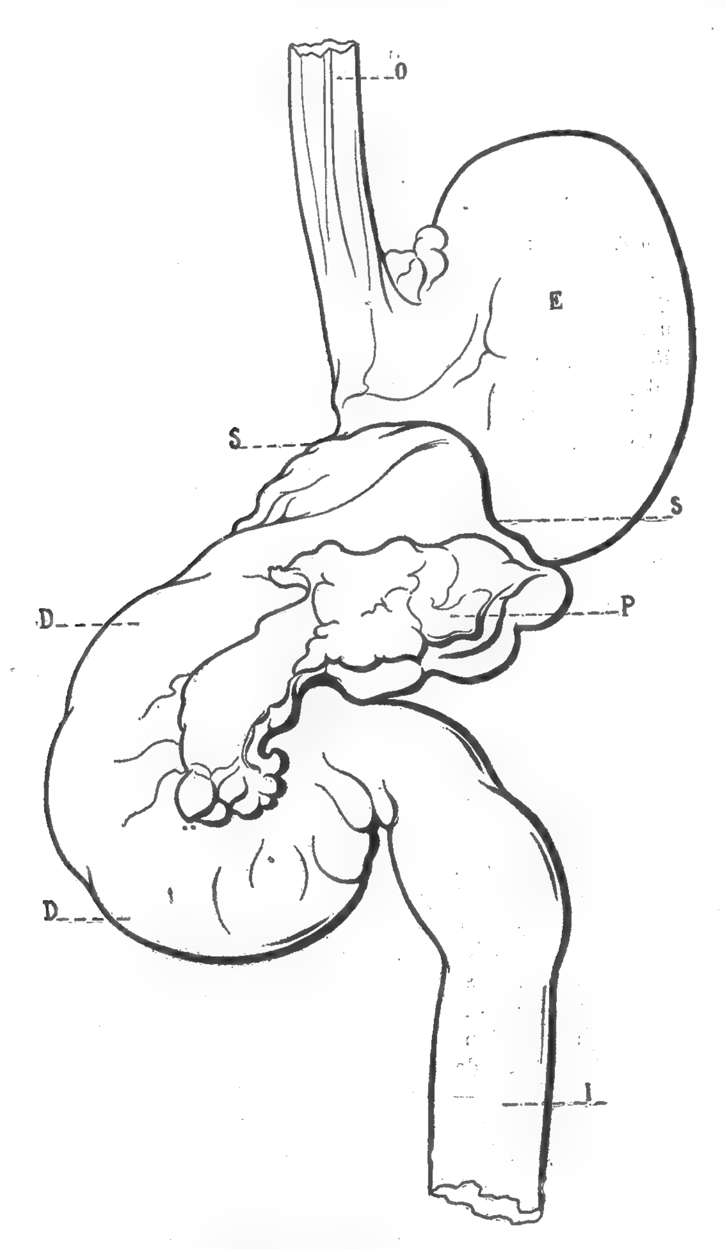


Fig. 2. (Grandeur naturelle sur l'original). — Pièces quatre mois après la résection de la figure 1.

O, œsophage. E, reste de l'estomac formé par la grosse tubérosité. SS, trace de la ligne de suture entre l'estomac et le duodénum. DD, duodénum. P, pancréas. I, intestin grêle.

pylore du cardia. Au moment où l'on fait la suture muqueuse, une petite quantité de liquide s'écoule dans la grande cavité péritonéale. Suture séro-séreuse large, puis on fait l'anastomose termino-terminale par trois couronnes de sutures absolument comme dans la gastro-entérostomie. Le péritoine et les muscles de la paroi sont suturés ensemble à la soie. M. Tuffier pense à un cancer développé sur un ancien ulcère.

Suites opératoires :

3 *août*. — Quelques vomissements post-anésthésiques. — La malade prend quelques cuillerées de liquide. 1,500 grammes de sérum. 25 centigrammes de caféine.

4 *août*. — Facies bon. — Pouls un peu rapide et faible. — Grand lavement d'eau simple qui est rendu immédiatement. Lavement avec 100 grammes de lait. 1,500 grammes de sérum. 50 centigrammes de caféine. Le soir, lavement avec 125 grammes d'eau et de champagne. Les lavements sont bien gardés. Premier pansement : il s'est écoulé un peu de sérosité rougeâtre. On tire un peu sur le drain, mais on le laisse en place et on lui adjoint une petite mèche de gaze.

5 *août*. — Pouls moins rapide. — Facies toujours bon. Faiblesse considérable. Dès le matin, grand lavement d'eau, et lavement de 125 grammes de lait; le soir nouveau lavement nutritif de 125 grammes (lait et Todd.). Sérum 1,500 grammes. Caféine, 75 centigrammes.

6 *août*. — Pansement. — On retire le drain et la mèche : l'écoulement de sérosité a été moindre qu'hier. On remet une autre petite mèche pénétrant peu profondément. Lavement de 125 grammes de lait contenant un œuf. Sérum, 1,500 grammes.

7 *août*. — Ablation de la mèche. Bon état de la plaie. — On donne à boire 300 grammes de lait, un demi-verre de champagne. Trois lavements nutritifs qui sont bien gardés. Chaque lavement contient 150 grammes de lait et deux jaunes d'œuf. — Pouls, 90 fort. — Sérum, 1,500 grammes; caféine, 50 centigrammes. — Morphine, une demi-injection. — État général assez bon.

8 *août*. — Pas de pansement. — Deux lavements nutritifs. Par la bouche : lait, un demi-litre; champagne, une demi-bouteille. — Selles. — Pas de vomissements. — Deux injections de caféine. — Pas de sérum, mais une demi-injection de morphine. — Glace sur le ventre. — L'état général de la malade se relève de plus en plus.

9 *août*. — Pouls, 88. — Température vaginale : 37°,5; lavement nutritif.

10 *août*. — Six œufs dans la journée. — Champagne.

11 *août*. — Quatre œufs. Lait. Champagne.

12 *août*. — Une cervelle. Lait. Champagne. — Ablation des fils.

19 *août*. — La malade va parfaitement bien. Elle mange avec appétit; elle se plaint cependant d'avoir, après les repas, de la pesanteur au niveau de l'estomac et des sensations d'étouffement. Les selles sont normales et ont lieu une ou deux fois par jour. La malade ne peut manger beaucoup à la fois, sinon elle est prise d'étouffements avec menace d'asphyxie. Quand elle mange par petites quantités, l'alimen-

tation se fait sans difficulté, mais elle a faim toutes les deux heures.

19 *septembre.* — État excellent. — Pas de troubles digestifs. — Un peu de gêne à respirer après les repas qui ne peuvent se faire que par fractions. La malade se plaint de tousser et d'avoir un point dans le dos. Grande faiblesse pour marcher.

19 *octobre* — Etat excellent. — La malade va aussi bien que possible et marche sans douleur.

On la renvoie dans le service de M. le professeur Hayem, à Saint-Antoine.

En novembre, un mois environ après sa rentrée dans le service de M. Hayem, la malade meurt cachectique sans troubles stomacaux.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate que le foie, le côlon transverse, l'anastomose stomaco-duodénale sont unis par des adhérences extrêmement fortes et résistantes. On détache ces adhérences; ce faisant, on voit qu'elles étranglent le côlon transverse par son milieu. Le foie présente à sa surface des noyaux cancéreux; à la surface des coupes, on aperçoit d'autres noyaux du volume d'une noisette ou d'une noix.

Les deux ovaires sont le siège de tumeurs cancéreuses du volume du poing.

De l'estomac, il ne reste que la grande tubérosité unie au duodénum; en arrière, il y a de fortes adhérences; sur la coupe, on voit que l'union et la continuité de la muqueuse de l'estomac avec la muqueuse du duodénum sont parfaites; il n'y a aucune lésion épithéliale de la muqueuse; à l'intérieur, on voit encore un fil de soie flottant dans le conduit intestinal.

Obs. III. — *Cancer du pylore. Résection pylorostomacale. Suture termino-latérale. Guérison.* — H... (Léonie), quarante ans, femme de chambre.

Malade envoyée par M. le professeur Hayem pour « néoplasme du pylore ou de la région pylorique, justiciable probablement d'une pylorectomie. »

L'*histoire* de la malade et son *examen* ont été pris en détail dans le service de M. Hayem.

Opération le 14 décembre 1897. — La malade, fortement amaigrie, présente, le matin de l'opération, ce qui suit: Dans la région épigastrique : immédiatement au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane et aussi un peu à gauche de cette ligne, il existe une tumeur arrondie, mamelonnée, dure, du volume d'une mandarine. Elle n'est pas douloureuse à la pression; cependant, au dire de la femme, elle l'aurait été ces temps derniers. Elle est mobile sous la peau et sur les parties profondes. On peut la déplacer dans tous les sens, mais ces déplacements sont assez limités, de 2 ou 3 centimètres. La percussion donne de la matité au niveau de la tumeur, matité bien distincte de celle du foie : celle-ci ne dépasse pas le rebord costal. La tumeur ne suit d'ailleurs pas les mouvements respiratoires. Rien dans les flancs, dans l'hypogastre, dans les fosses iliaques. Estomac très dilaté. Organes génitaux sains. Diagnostic :

Néoplasme du pylore ou de la région prépylorique, probablement justiciable de la pylorectomie.

Anesthésie par l'éther. Incision de 10 centimètres environ sur la ligne blanche à partir de l'appendice xyphoïde. On tombe sur l'intestin qu'on refoule. Au niveau du pylore, il existe une tumeur dure, bosselée, bien limitée, sans adhérences avec le foie, tumeur qu'on attire facilement dans la plaie. Pas de ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique. On embrasse toute la largeur de l'estomac au niveau de sa portion pylorique dans deux grandes pinces élastiques courbes, on lie l'artère coronaire stomachique, on sectionne l'estomac le long des pinces élastiques, on place un clamp sur l'extrémité droite du grand épiploon, puis une pince élastique sur le duodénum ; on remplace alors le clamp de l'épiploon par une ligature à la soie et on sectionne le pylore à la limite de la tumeur. Suture de la muqueuse stomacale en surjet; la suture terminée on la cautérise au thermocautère. Suture de la séreuse stomacale également en surjet ; quelques points séparés de soutien. On procède ensuite à l'abouchement du duodénum dans la paroi postérieure de l'estomac qui se présente facilement aux yeux de l'opérateur. Adossement des deux séreuses stomacale et intestinale; on fait la suture séro-séreuse postérieure en surjet. Cette suture, qui a environ $0^{m},05$ de long, est placée sur l'estomac à $0^{m},03$ en arrière de la suture de fermeture gastrique; sur le duodénum elle est située sur la face postérieure à environ $0^{m},01$ en arrière de la tranche de section de ce conduit. On incise ensuite verticalement la face postérieure de l'estomac sur une longueur de $0^{m},03$ environ. Affrontement, par un surjet, des deux lèvres postérieures des muqueuses stomacale et duodénale; puis suture des deux lèvres muqueuses antérieures, toujours en surjet. On fait enfin la suture séro-séreuse antérieure, à points séparés nombreux. On place un drain au niveau de la plaie intestinale. Suture étagée de la paroi abdominale en y ménageant un espace réservé au drain.

Durée de l'opération proprement dite, 1 heure 1/4.

Après l'opération, la malade a vomi un peu. Elle n'a pas souffert de toute la journée. Elle n'a pris que quelques morceaux de glace. Elle n'a eu ni selle ni gaz. Elle a uriné un peu spontanément. 1,500 grammes de sérum (sous-cutané) et une injection de caféine après l'opération; 500 grammes de sérum le soir. Piqûre de morphine pour la nuit. Température soir, 37°,6 (vaginale). La nuit a été assez bonne.

15 *décembre*. — Le matin, la malade paraît assez abattue. Température matin, 38°,6 (vaginale). Pouls, 120, régulier, égal, assez fort. Langue rouge, humide. Ventre un peu ballonné, non sensible à la pression. Urine, 500 grammes, claire, jaune. On change le pansement qui est légèrement taché d'une sérosité rose. On supprime le drain. La malade ne souffre pas, elle se sent seulement très faible. — Dans la journée, la malade n'a pas souffert; elle se sentait seulement très fatiguée et avait très soif. Elle n'a pris que de la glace et un peu d'eau de Vichy. N'a pas vomi ni eu envie de vomir; elle a eu seulement quelques renvois aigres. Pas de gargouillements dans le ventre. Un lavement a amené une

petite selle. On place une canule rectale qui a donné passage à beaucoup de gaz. Mictions spontanées. 500 grammes de sérum (sous-cutané). Température soir, 38°,6 (vaginale). La nuit a été assez bonne, grâce à une piqûre de morphine.

16 *décembre*. — La malade n'a pas très bon aspect ; elle a le teint

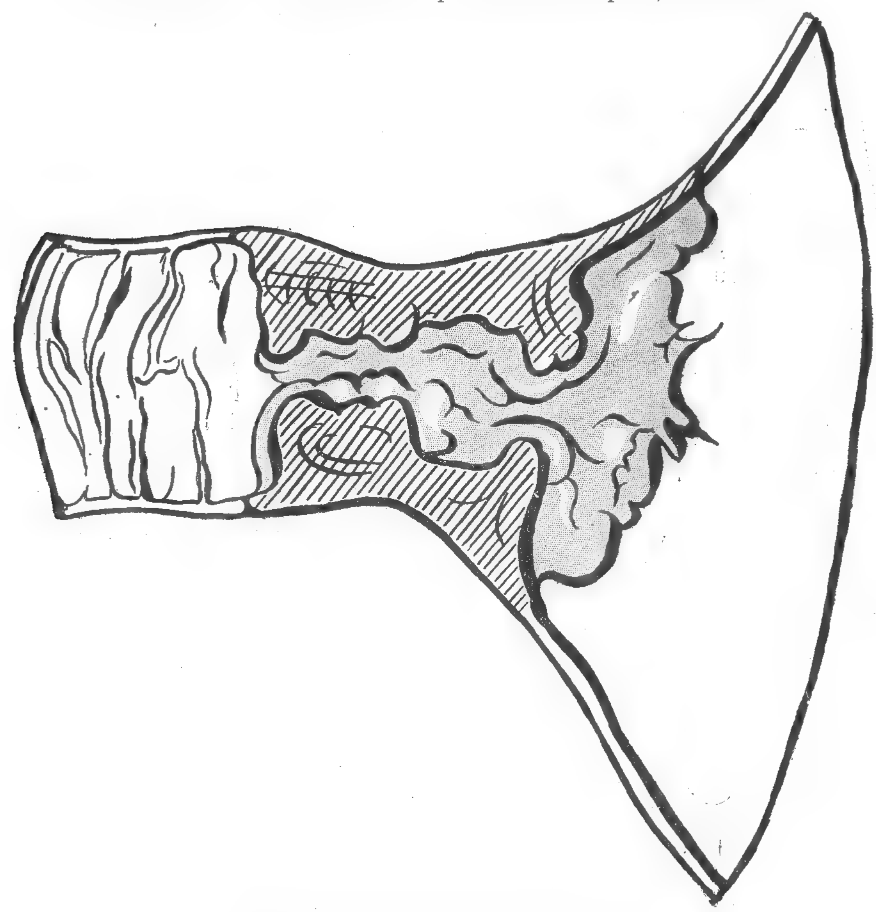


Fig. 3. — Schématique (grandeur naturelle).

Portion réséquée ; le 1/3 antérieur a été enlevé ; la partie postérieure est ouverte et étalée ; à droite de la figure on voit une portion de l'estomac ; à gauche, quelques centimètres du duodénum ; toute la région pylorique est envahie par le néoplasme qui oblitère, en partie, l'orifice pylorique et qui s'étale du côté de l'estomac.

jaune terreux ; elle semble assez abattue. Température matin, 37°,2 (vaginale). Pouls, 100, régulier, égal, faible. Langue rouge humide. Le ventre n'est ni ballonné, ni sensible à la pression. Urine claire avec un léger sédiment, 400 grammes. La malade ne souffre pas ; se sent seulement fatiguée. — La journée a été bonne : la malade n'a pas souffert. Elle a pris

de la glace, du champagne, un peu d'eau de Vichy; elle n'a ni vomi ni eu envie de vomir. On lui a donné, dans la soirée, un lavement qui a amené une selle abondante. Elle a uriné spontanément. Elle a eu beaucoup d'éructions et, à la suite du lavement, quelques gaz par l'anus. Pas de sérum. Température soir, 38°,2 (vaginale). La nuit, la malade a eu beaucoup de gargouillements qui l'ont empêché de dormir.

17 *décembre.* — Ce matin, aspect général bon. Température matin, 37°,5 (vaginale). Pouls, 100, assez fort, régulier, égal. Langue bonne. Le ventre n'est ni ballonné, ni sensible à la pression. La malade a eu un peu mal dans le flanc droit. A part cela, elle va bien. Urine, 400 grammes, jaune, claire. On change le pansement : la plaie va bien. — Dans la journée, la malade prend du champagne, de l'eau de Vichy, du lait. Elle digère très bien. On lui donne un lavement nutritif de deux œufs dans du lait, et 500 grammes de sérum (sous-cutané). La malade passe une bonne nuit. Température soir, 38°,2 (vaginale). Gaz sortent facilement par l'anus; une selle spontanée dans la nuit.

18 *décembre.* — La malade va bien. Température matin, 37°,9; température soir, 37°,4 (axillaire). Pouls, 96, bon. La malade prend : champagne, lait, eau de Vichy et une assiettée de bouillon dans lequel on a battu deux œufs; en outre, deux lavements nutritifs, de chacun deux œufs, dans 125 grammes de lait. Plus de sérum. Une selle spontanée. Urines, 500 grammes (normales).

19 *décembre.* — La malade va bien. Elle se plaint cependant d'une légère sensation de brûlure, d'arrachement dans le creux épigastrique. Langue bonne. Ventre non sensible. Température matin, 37°,5. Pouls, 100. Journée bonne, sauf dans la soirée où la malade a eu une faiblesse (vertige) en même temps qu'une sensation douloureuse dans la région épigastrique (fringale). A pris un œuf à la coque, du bouillon, un peu d'eau de Vichy, un peu de champagne. Deux lavements nutritifs d'un œuf dans 125 grammes de lait. Une selle par lavement. Gaz par l'anus. Quelques nausées dans la soirée, la malade ayant essayé de boire un peu de lait. Nuit bonne, sans piqûres.

20 *décembre.* — La malade va assez bien. Langue bonne. Température, 37°. Pouls lent. Dans la journée, la malade prend : champagne, eau de Vichy, lait, bouillon, un œuf, un peu de côtelette. Deux lavements nutritifs. Elle sent toujours une sensation de cuisson dans le creux épigastrique et le long du sternum. Une selle par lavement. Nuit bonne. Température soir, 37°.

21 *décembre.* — La malade sent ses forces qui reviennent; elle mange avec appétit. Son aspect général est déjà meilleur. Température, normale. Pouls, 100, plus fort, régulier, égal. Langue rouge. Champagne, eau de Vichy, lait, bouillon, une côtelette, un œuf, poisson que la malade digère bien. Sensation de brûlure persiste. Une selle par lavement. On supprime les lavements nutritifs. Nuit assez mauvaise.

22 *décembre.* — La malade va très bien. Elle suit le régime alimentaire ordinaire de l'hôpital auquel on ajoute cependant quelques mets supplémentaires. Elle digère très bien. La cuisson dans le creux épigastrique a disparu. Hier, deux selles spontanées, un peu en diarrhée.

24 *décembre.* — La malade va très bien. Elle mange avec appétit et beaucoup (bouillon, œufs, viande rôtie ou ragoût, légumes, desserts variés) et digère bien. Ses forces reviennent peu à peu. Elle est toujours très pâle et maigre, mais elle semble cependant avoir repris un peu d'embonpoint. Elle est plus vive, moins abattue et cause plus volontiers. Selle spontanée aujourd'hui. Ne souffre pas de l'estomac.

26 *décembre.* — Malade a la diarrhée : huit selles liquides sentant très mauvais. La malade mange cependant avec appétit et ne se trouve pas mal ; 0,05 d'extrait d'opium calment la diarrhée ; température soir, 38°,2.

27 *décembre.* — Une seule selle, plus de diarrhée ; température matin, 37°,8. La malade vomit son repas de midi. Elle a des nausées toute la journée. Elle a très peu mangé le soir n'ayant pas d'appétit. Nuit assez mauvaise. Température soir, 37°,8.

28 *décembre.* — Les nausées continuent ; température matin, 36°,8. Pas d'appétit, pas de coliques. La malade a assez mauvaise mine, elle a le teint jaune.

29 *décembre.* — La diarrhée continue (4 selles dans la journée) ; la malade ne mange presque pas. Coliques.

31 *décembre.* — La diarrhée persiste malgré ce que l'on a tenté de faire pour l'arrêter. Lorsqu'on donne de l'opium à la malade, la diarrhée s'arrête pendant douze heures environ, puis reprend. Les selles sont glaireuses, fétides, elles n'ont jamais été noires, ni sanguinolentes, parfois on y reconnaît des aliments non digérés (épinards). Les selles s'accompagnent de coliques. La malade n'a plus d'appétit : elle ne prend que du lait et un peu de bouillon. Langue rouge humide. Pas de fièvre. La malade n'a pas très bonne mine.

2 *janvier.* — La malade quitte l'hôpital pour rentrer dans le service de M. Hayem, à Saint-Antoine. L'état général n'est pas bien brillant ; la malade à toujours peu d'appétit ; la diarrhée s'est arrêtée grâce à l'administration quotidienne de doses de 0,05 centigrammes d'opium.

Vous avez vu cette malade mercredi dernier ; elle digère parfaitement, elle a engraissé de 18 kilogrammes (28 février 1898). La cicatrice est parfaite.

OBS. I. — *Résection pylorogastrique. — Suture termino-terminale.* — O..., cinquante ans, entrée le 16 novembre 1893 (Hôpital Beaujon). (Obs. *in extenso* dans *Gaz. hebdom.*, 1894).

Les accidents gastriques ont débuté au mois d'avril. Elle présente, au moment de son entrée, des vomissements incoercibles. Elle est jaune pâle. Elle présente, au milieu de son abdomen, une tumeur qui semble siéger à la face antérieure de l'estomac. Elle nous a été adressée par le Dr Netter. Opération le 23 novembre. On trouve une tumeur du pylore, mobile, avec envahissement de la grande courbure : je résèque un anneau stomacal du pylore et une partie très longue de la grande courbure. J'ai présenté la malade le 18 janvier à la Société de chirurgie. Elle était guérie.

La malade a été présentée au 7e mois très bien portante à l'Académie de Médecine.

Elle est restée ainsi dix mois, et elle a succombé au 14e mois à une généralisation péritonéale, sans récidive au niveau de son estomac.

La pièce a été présentée à la Société anatomique (1894).

Le manuel opératoire a été le suivant : suture termino-terminale, mais la coupe de la grande courbure de l'estomac ayant créé un large orifice, je rétrécis cet orifice à la partie supérieure et je suture le duodénum à la partie inférieure de la plaie au niveau de la grande courbure.

Discussion.

M. Quénu. — J'avoue n'avoir qu'une confiance relative dans les résultats des gastrectomies pour cancer de l'estomac. La propagation facile à l'épiploon gastro-hépatique, aux ganglions, explique suffisamment la fréquence des récidives.

Chez une malade que j'ai opérée par le procédé de Billroth, avec gastro-entérostomie, et fermeture du duodénum et de l'estomac...

M. Tuffier. — Procédé de Billroth, deuxième manière.

M. Quénu. — .... j'eus un plein succès. Je pus présenter la malade à l'Académie ; treize mois après l'intervention, son état était très satisfaisant ; pourtant, huit mois après elle avait une récidive, qui l'emporta.

Je ne peux donc considérer cette opération que comme une intervention qui n'est que palliative, dans la plupart des cas. Il faut savoir que lorsqu'on arrive à faire le diagnostic de cancer, il y a déjà propagation aux ganglions gastro-hépatiques. Nous sommes presque toujours appelés à intervenir trop tardivement, hors les cas où une erreur de diagnostic, en nous faisant opérer, nous permet de voir la lésion à temps, et encore ! Ainsi, chez ma malade j'intervenais, croyant à une petite hernie épiploïque, j'ai été surpris de trouver un cancer de l'estomac, et il y avait déjà des ganglions volumineux.

M. Ricard. — Il y a quelques séances, j'ai déjà présenté une malade de soixante-sept ans, à qui j'ai pratiqué la pylorectomie typique pour un cancer pylorique. Dans ce cas, j'avais utilisé la suture termino-terminale par le premier procédé de Billroth.

Je vous présenterai à la fin de la séance un autre malade que j'ai opéré il y a trois semaines environ, à la maison Dubois, pour un cancer du pylore avec envahissement diffus de la face postérieure de l'estomac, et envahissement d'une grande partie de la petite courbure. La résection, qui dut être faite, fut rendue difficile par

la nécessité d'abaisser l'estomac pour enlever le mal aussi haut que possible et de réséquer une notable partie de la paroi postérieure. La traction sur l'estomac produisit des troubles respiratoires et cardiaques graves, avec menaces constantes de syncope, ralentissement de la respiration, tant que durèrent les actes opératoires portant sur la partie élevée de la petite courbure.

Lorsque les parties malades furent réséquées, il s'agissait de savoir comment réparer les dégâts, et à ce moment de choisir entre les trois procédés classiques d'abouchement intestinal par lesquels on termine la gastrectomie. Car c'est à ce moment seulement qu'il convient de se prononcer. Jusque-là, l'opérateur n'a qu'à se préoccuper seulement de l'extirpation de la lésion ; et ce n'est qu'en voyant comment il peut utiliser ce qui lui reste qu'il choisira en connaissance de cause.

Dans le cas que je rapporte, c'est encore au premier procédé termino-terminal de Billroth que j'ai eu recours, et les suites opératoires furent des plus simples. Ce n'est pas à dire que j'adopte exclusivement son procédé. Celui de Kocher, et le deuxième procédé de Billroth ont chacun leurs indications, mais dans mes deux derniers cas, c'est le procédé termino-terminal que j'ai choisi et avec succès. Ce qui tend à prouver que si l'exécution opératoire est plus délicate, le procédé est au moins aussi efficace que les deux autres.

J'ajouterai, en terminant, que la manière dont sont établies les sutures me paraît capitale.

Dans les cas difficiles, on place ses premiers plans de suture comme on peut, sans se soucier des couches anatomiques traversées. Ce sont des fils agissant mécaniquement, destinés à être infectés et ne s'opposant qu'à l'irruption immédiate des matières stomacales.

Ces premiers fils de soutien étant établis, il faut les enfouir avec soin par des fils superficiels séro-séreux, placés, soit en points séparés, soit en surjet, ce qui est mieux. Ces points sont placés à distance des bords de la suture première et agissent d'après les principes de la suture de Lembert. L'asepsie de ces derniers fils est la condition indispensable du succès. Leur infection amène la désunion et la péritonite consécutive.

Enfin un dernier point reste à signaler.

Il faut que les sutures n'exercent aucune traction, qu'elles n'aient pour fonction que de fermer la cavité stomacale et de l'unir à l'intestin, mais sans tension d'aucune sorte. C'est cette condition qui doit guider le chirurgien, dans le choix du procédé de gastro-anastomose qu'il aura à utiliser pour terminer son intervention.

M. Guinard. — J'appuie ce que vient de dire M. Ricard : il faut faire ce qu'on peut, et ne pas, en commençant la laparotomie, se dire qu'on va employer tel ou tel procédé. Tous les procédés sont bons quand ils sont correctement exécutés. Contrairement à M. Tuffier, je crois que le procédé de Rydygier, dans lequel on fait une anastomose termino-terminale en enlevant un grand coin, à base droite, prélevé sur la grande courbure, ne doit pas être rejeté ; il répond aux malades chez lesquels le cancer a envahi une grande étendue de la grande courbure. La raquette de Billroth, première manière, répond aux cas dans lesquels on a dû enlever une grande étendue de la petite courbure. Enfin, lorsqu'il a fallu réséquer une grande partie de l'estomac, il fallut faire ce que j'appelle une gastrectomie annulaire ou circonférentielle (par opposition à la gastrectomie pariétale ou en plaques), il arrive qu'on ne peut pas faire un Kocher, c'est-à-dire une duodéno-gastrostomie postérieure sans tirailler considérablement les sutures. C'est alors qu'il convient de faire une gastro-entérostomie en fermant complètement le duodénum et la tranche stomacale. Ce procédé de Billroth, deuxième manière, répond d'ailleurs à tous les cas, et c'est à lui qu'on doit donner presque toujours la préférence, car il permet de ne pas se préoccuper de la largeur de la résection, et de dépasser copieusement les limites du mal. De plus, si la récidive se produit, ce qui est d'ailleurs la règle, elle ne se fera pas sur la nouvelle bouche stomacale, mais sur la ligne de suture des tranches duodénales et stomacales ; là elle ne gênera pas la circulation des aliments de l'estomac dans l'intestin.

M. Chaput. — Comme le disait M. Tuffier, la suture après pylorectomie peut s'exécuter par le procédé terminal ou en raquette, par le procédé termino-latéral de Kocher, ou enfin par le procédé latéral encore appelé gastro-entérostomie complémentaire.

J'ai beaucoup de répugnance pour le procédé en raquette, à cause du point faible qui se trouve à la réunion des branches de l'Y, et je suis très heureux, à ce propos, que M. Guinard nous ait communiqué une observation, où la suture a été insuffisante en ce point précis.

Avec des parois stomacales épaisses, il est à craindre que l'estomac, infléchi au niveau des sutures, n'ait sans cesse tendance à se redresser, et ne fasse couper les sutures.

D'autre part, avec la suture à trois étages que je préconise, il est possible qu'il se forme un diaphragme, comme dans l'entérorraphie circulaire, qui rende impossible la circulation des matières alimentaires.

Enfin, remarquez que les épiploons sont généralement désin-

sérés, ou liés un peu au delà de la tranche stomacale; aussi la zone voisine, mal irriguée, se trouve-t-elle exposée à la gangrène.

On me répondra que les bords de l'estomac saignent abondamment; effectivement la muqueuse, riche en artérioles, saigne énormément; mais il n'en est pas de même de la musculo-séreuse, qui ne saigne pas d'ordinaire.

Le procédé de *Kocher*, qui abouche le duodénum à la face postérieure de l'estomac, fournit des tissus stomacaux de bonne qualité ; mais il n'en est pas de même du duodénum, dont les pédicules vasculaires sont sectionnés ou liés, de manière à compromettre la vitalité de ses bords.

Rien de pareil avec la gastro-entérostomie complémentaire qui fournit des parois saines, souples, bien nourries, et avec laquelle on n'a jamais à exercer la moindre traction.

Aussi est-ce à ce dernier procédé que je donne la préférence, fermant en cul-de-sac l'estomac et le duodénum, et anastomosant ensuite le jéjunum avec l'estomac.

C'est ce que j'ai fait avec succès sur un malade que j'ai présenté en 1896, au Congrès de chirurgie. Ce malade présentait les signes d'un rétrécissement cicatriciel du pylore, pour lequel je fis la pylorectomie. J'eus lieu de m'en féliciter quand le microscope eut révélé l'existence d'un nodule cancéreux microscopique (au niveau de la muqueuse pylorique), qui fut diagnostiqué par M. Toupet.

Et, à ce propos, j'appuierai ce que disait M. Quénu qui regrettait que nous opérions les malades trop tard. Effectivement, quand il existe une tumeur appréciable, il est souvent trop tard pour qu'une exérèse complète soit possible. Ce n'est qu'en opérant des sténoses sans tumeurs appréciables à la palpation que nous pourrons rencontrer des cancers au début dont l'ablation complète sera possible, sans grande chance de récidive.

Le malade dont je vous parlais plus haut est opéré depuis le mois de juillet 1896, il est encore bien portant et digère tous les aliments solides.

M. Poirier. — J'ai écouté avec intérêt l'exposé des méthodes opératoires qui vient de nous être fait ; j'admire les succès obtenus par l'habileté des opérateurs. Je ne cherche pas à établir si d'autres opérations ont été moins heureuses. Mais, je me demande si, dans ces cas dont il a été question, cas dans lesquels on a réséqué une grande partie de l'estomac, il n'eût pas été plus simple et moins dangereux de faire la gastro-entérostomie, opération moins grave et qui doit donner plus sûrement des survies sensiblement égales à celles qu'ont fournies les opérations dont il vient d'être question.

M. Hartmann. — Retenu par une commission, je n'ai pas entendu la communication de notre collègue Tuffier; je viens cependant prendre la parole à propos de ce qu'ont dit quelques-uns des orateurs qui viennent de me précéder immédiatement.

J'appuierai tout d'abord M. Ricard dans ce qu'il nous a dit, au sujet des accidents cardio-respiratoires, qui suivent quelquefois les tractions un peu énergiques exercées sur le cardia. Ce fait a déjà été signalé par un opérateur étranger, dont j'oublie le nom en ce moment et, pour ma part, je l'ai observé une fois. Il s'agissait d'une femme ayant un cancer de la partie moyenne de l'estomac. Je fis la résection des parties malades, puis me trouvant en présence d'une section juxta-pylorique étroite et d'une deuxième section passant par la grosse tubérosité beaucoup plus large, j'attirai le segment cardiaque de l'estomac pour exciser un anneau de parties saines et avoir deux sections suturables. A ce moment, la malade eut une syncope chloroformique. Elle guérit néanmoins et actuellement elle a un tout petit estomac de forme elliptique lorsqu'on l'insuffle.

Ces faits nous montrent qu'il y a là un danger un peu particulier, mais qui ne doit pas nous arrêter dans nos interventions.

J'arrive maintenant à un deuxième point qui a été soulevé par M. Poirier. M. Poirier nous dit: tous ces procédés n'ont qu'un intérêt opératoire; ils sont inapplicables cliniquement. Je ne vois à cette phrase que deux explications : 1° la gravité supposée par M. Poirier de ces gastrectomies ; 2° leur inefficacité.

Les succès de nos collègues Tuffier, Ricard, Chaput, les miens (depuis six mois j'ai fait 3 gastrectomies, j'ai eu 3 guérisons) sont là pour nous montrer que l'opération n'est pas aussi grave qu'on voudrait nous le faire croire. J'irai même plus loin, et je vous dirai que les suites opératoires de la pylorectomie sont presque plus simples que celles de la gastro-entérostomie.

Quant à l'inefficacité de ces résections stomacales, c'est une autre hypothèse contre laquelle je m'élève avec énergie. Vous opérez presque tous des cancers de la langue, des cancers du sein, or, je ne crains pas de le dire, le cancer de l'estomac est un cancer moins malin que la plupart de ceux que vous opérez. Il y a vingt-deux ans déjà, Gussenbauer et Winiwarter, examinant une série de pièces d'autopsie, ont montré qu'au moment de la mort beaucoup de cancers du pylore étaient encore chirurgicalement opérables. A l'inverse de beaucoup d'autres cancers, celui du pylore souvent tue, non parce que c'est cancer, mais parce que c'est lésion amenant un trouble considérable de la nutrition. C'est donc essentiellement un cancer à opérer.

Sa marche est lente. La présence même de ganglions ne doit

pas arrêter le chirurgien. Ces ganglions sont souvent enlevables; de plus, ce sont quelquefois des ganglions inflammatoires. Le fait a été nettement précisé dans un cas que j'ai opéré. L'examen des ganglions fait avec grand soin par M. Soupault, confirmé par le professeur Cornil, n'a montré dans ces ganglions que des lésions d'inflammation banale. Le même fait est, du reste, spécifié dans un certain nombre de cas opérés par Kocher, et examinés histologiquement par Langhans.

Reste un dernier point, la question de la survie cliniquement observée. La gastro-entérostomie donne une moyenne de survie de six mois : si je me reporte à ma statistique, la pylorectomie donne beaucoup mieux. Certes, nous ne pouvons vous présenter actuellement des résultats très éloignés; nous ne sommes venus que tard à cette chirurgie stomacale. — Cependant, je puis vous dire que deux de mes malades opérés il y a six et sept mois vont toujours très bien. M. Chaput vous a parlé, il y a un instant, d'un cas remontant à un an et demi. Nous ne pouvons vous donner de survies plus longues, nous ne faisions pas ces opérations autrefois. Mais nous pouvons, à l'appui de ce que nous avançons, vous donner les résultats de chirurgiens étrangers qui nous ont précédés dans la pratique de ces opérations. Kocher (de Berne) vous a fait connaître au Congrès de chirurgie les longues survies qu'il a obtenues; Carle (de Turin) a des opérés survivants après quinze mois, dix-huit mois, deux ans, cinq ans; Czerny (de Heidelberg), des opérés vivants de deux à six ans après l'opération. La question est donc jugée. A une opération purement palliative, la gastro-entérostomie, il faut, toutes les fois qu'elle est possible, préférer une opération curative, la gastrectomie.

M. Poirier. — Je ne veux pas du tout rejeter la résection du pylore et de la région voisine de l'estomac; je l'admets quand elle est facilement praticable; ce que je demande, je le répète, c'est, s'il ne faut pas préférer aux grandes résections de l'estomac pour des cancers très étendus et avancés, l'opération moins grave de la gastro-entérostomie. M. Hartmann nous parle d' « opérations curatives », je pense qu'il ne peut être ici question que d'opérations *palliatives*. Il pense et dit qu'il y a des cancers de l'estomac, de ceux contre lesquels nous sommes appelés à intervenir, dans lesquels il n'y a pas de dégénérescences ganglionnaires, et d'autres dans lesquels il n'y a, pour me servir de son expression même, « pour ainsi dire pas de ganglions ». Il donne, au cancer de l'estomac, une physionomie et des allures bénignes que je ne lui connais point. Je pense tout le contraire et je le dis.

Je répète, en finissant, que j'admets la pylorectomie dans les

cas faciles, et me demande toujours si la gastro-entérostomie n'est pas préférable aux résections étendues et dangereuses, étant donné qu'il ne peut être question, dans ces cas, que d'opérations palliatives.

M. Quénu. — La discussion a dévié. La communication de M. Tuffier avait pour but de discuter la valeur d'un procédé opératoire. Nous manquons de documents personnels. Quant aux documents étrangers, ils n'ont pas grande valeur, ainsi présentés en bloc. Il faudrait savoir, pour chaque opération, dans quelles conditions elles ont été faites, et si le diagnostic avait été ou n'avait pas été porté avant.

Des opérations avec des survies de six mois ne sont pas des opérations curatives, et pour le moment, je réserve mon opinion sur la valeur de la pylorectomie contre le cancer de l'estomac.

Quant à la rareté des adénopathies, je crois que M. Hartmann s'avance trop. Le cancer de l'estomac obéit aux lois qui régissent les autres cancers, et les adénopathies sont fréquentes.

Toutefois, la morphologie des adénopathies dans ces cancers offre des particularités intéressantes. Les ganglions sont à la fois cancéreux et septiques plus fréquemment qu'ailleurs. C'est ce qui leur donne un aspect spécial, mais ils existent et je ne peux pas laisser passer, sans protester, que les adénopathies sont rares dans le cancer de l'estomac, quand j'ai des observations nombreuses démontrant la preuve du contraire.

M. Tuffier. — J'ai posé nettement dans ma communication les deux points que je désirais mettre en lumière dans l'histoire de la résection pylorique : l'anastomose des deux sections stomacales et les troubles digestifs consécutifs à l'opération. La plupart d'entre vous se sont écartés de cette voie pour traiter des indications de la résection du pylore, comme M. Quénu; de la valeur comparée de la gastro-entérostomie et de l'ablation dans le traitement des tumeurs de l'estomac, comme M. Poirier, voire même de l'interprétation de l'adénopathie ganglionnaire dans le cancer gastrique. Ce sont des questions fort intéressantes, mais que des faits nombreux qui nous manquent peuvent seuls élucider et plusieurs séances devraient être consacrées à cette étude. Heureusement pour nous, vous vous êtes chargés de vous répondre réciproquement. Là, comme ailleurs, procédons par morcellement pour être plus précis.

Les conclusions que je vous proposais ont été acceptées à la presque unanimité. La résection du cancer du pylore doit s'accompagner d'une résection gastrique plus ou moins étendue. Cette

ablation est justifiée par nos observations et par les faits très nombreux de nos collègues étrangers dont les résultats ne sont pas à dédaigner. Pour ma part, je tiens à votre disposition des autopsies de malades ayant succombé à des sténoses néoplasiques sans trace de ganglions cancéreux, sans adhérences, uniquement par inanition.

Sans doute, la gastro-entérostomie dans le cancer pylorique a ses indications, j'en ai pratiqué une vingtaine et je suis tout prêt à en discuter les indications avec des faits personnels, mais je lui préfère l'ablation du néoplasme quand elle est possible et quand elle peut présenter la même efficacité que dans toutes nos opérations pour cancer. Cette ablation donne une survie plus considérable, Czerny nous l'a prouvé au Congrès de Moscou.

J'ajouterai que chez tous mes malades, la gastro-entérostomie a donné des résultats moins parfaits que l'ablation; la douleur et les vomissements disparaissent dans les deux cas, mais l'état général après ablation néoplasique revient vraiment à une perfection que ne donne pas la simple anastomose. Une de mes malades a pu *vivre de son travail* pendant sept mois; je vous l'ai montrée très bien portante, n'ayant aucune teinte jaune ou pâle, et en santé parfaite. Cette différence s'explique peut-être par ce fait que le cancer sécrète une toxine dont l'absorption influence au maximum l'état général du sujet. Enfin, l'ablation n'est guère plus grave que l'anastomose, puisque nous voyons ici une dizaine de faits sans mortalité.

En somme, l'ablation dans le cancer du pylore donne des résultats au moins égaux à ceux de l'ablation d'un cancer quelconque, et l'opération palliative ne doit être qu'un pis-aller. Espérons que nos collègues de médecine nous permettront d'aborder à leur début, ces cancers.

Je vous ai dit que j'étais éclectique dans mes procédés opératoires, et à part mon collègue Chaput dont je réprouve absolument l'exclusivisme, vous avez partagé cette façon de voir en développant les conditions que je signalais pour la suture : *pas de tractions*, *difficulté d'aborder la région fixe du cardia.*

Dire que les sutures doivent être étanches me paraît un principe élémentaire de chirurgie abdominale, universellement reconnu. Quant à rejeter l'anastomose termino-terminale, parce qu'il existe des chances de gangrène de la suture par vascularisation insuffisante, je ne puis souscrire à une telle opinion. Les surfaces de suture duodénale et stomacale sont au contraire admirablement nourries, même après ligature des gros vaisseaux de la grande et de la petite courbure. Il m'est arrivé comme à tous ceux qui ont quelque pratique de la chirurgie stomacale, de voir

une des larges pinces qui ferment l'estomac après la section, déraper, et vous ne vous faites aucune idée de l'abondance du suintement sanguin par ces surface de section. Il est certain que ses bords sont bien irrigués et ce n'est certes pas là un argument qui permette de rejeter absolument l'anastomose termino-terminale; j'ai vu avec plaisir que vous reconnaissiez en somme les indications opératoires telles que nous les proposions.

Enfin, je vous ai entretenus de cette curieuse complication des résections très étendues, la nécessité des repas multiples, et je vois que mon collègue Ricard a observé un fait semblable. Il est probable que cette constatation sera constante dans ces cas. Il ne me reste qu'à vous remercier d'avoir discuté tous ces faits qui ne seront, je l'espère, que le prélude des travaux de notre Société, sur la chirurgie gastrique, dans laquelle nos collègues étrangers nous avaient devancés.

Lectures.

M. Carlier lit un travail sur *Deux observations de néphrectomies pour calculs du rein.*

Son travail est renvoyé à une Commission (MM. Picqué, Quénu, Routier, rapporteur).

M. Loison lit un travail sur *Une observation d'hydronéphrose du rein, liée à une oblitération congénitale de l'uretère.*

Le travail est renvoyé à une Commission (MM. Walther, Guinard, Tuffier, rapporteur).

Présentation de malades.

Cancer annulaire du jéjunum. — Gastro-entéro-anastomose au bouton de Murphy. — Entéro-anastomose à la soie. Guérison.

M. Routier. — Messieurs, le malade que j'ai l'honneur de vous présenter avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'en juillet 1896; on ne relève aucun antécédent héréditaire.

En juillet 1896, il commença à souffrir de l'estomac, les digestions devinrent laborieuses.

En octobre, survinrent des vomissements qui se produisaient

deux ou trois heures après les repas, d'abord tous les deux ou trois jours, puis tous les jours.

Ces vomissements n'ont jamais été alimentaires, mais composés de liquide filant, très acide, très amer, souvent teintés en vert.

Une ou deux fois peut-être, y a-t-il eu une sorte de teinte noirâtre.

L'amaigrissement ne s'est vraiment fait sentir que depuis décembre, mais il a fait de rapides progrès. Cet homme a perdu 30 livres de son poids, et ses forces ont considérablement diminué.

L'examen du ventre était négatif, il y avait bien un peu de contracture musculaire en avant de l'estomac, mais nulle part on ne sentait de grosseur.

Le D[r] Mourruau de Preuilly qui l'avait bien observé, espérait qu'il ne s'agissait que d'un rétrécissement pylorique non cancéreux ou d'un spasme de ce sphincter.

J'avoue avoir été, dès mon examen, plus pessimiste, mais j'en étais réduit à l'hypothèse.

Le 19 février, j'ai pratiqué à ce malade une laparotomie, j'ai cherché, sans la trouver, une tumeur de l'estomac, et je pensai que notre confrère avait raison, qu'il s'agissait bien d'un spasme du pylore.

Je résolus de faire une gastro-entéro-anastomose postérieure : je cherchai l'anse libre et ramenai facilement le jéjunum ; mais celui-ci présentait à 30 centimètres du croisement de la mésentérique environ, une tumeur annulaire avec un sillon de constriction : c'était un cancer.

Au-dessus, la portion accessible de l'intestin était dilatée comme un second estomac, et présentait des parois d'une épaisseur considérable.

J'ai pensé que la résection de l'anneau cancéreux allait m'entraîner à une opération fort difficile, quand j'en serais arrivé à vouloir anastomoser cet intestin très dilaté et très épaissi, avec l'intestin sain.

J'ai alors abandonné cette idée, et me suis contenté :

1° D'anastomoser avec la face postérieure de l'estomac l'intestin sain, au-dessous du rétrécissement cancéreux.

2° D'anastomoser ce même intestin sain, au-dessous du rétrécissement cancéreux, avec cette portion d'intestin très dilaté et très épaissi au-dessus du cancer.

Ma seconde anastomose avait pour but de conserver à la circulation intestinale, la bile, le suc pancréatique, et la sécrétion duodénale.

Ma première anastomose gastro-intestinale était comme une

voie de décharge pour ce duodénum ultra dilaté, une vraie porte de secours.

Le malade n'a jamais dépassé 37 degrés et n'a pas eu la moindre manifestation péritonéale ou intestinale.

Il n'a plus vomi, digère facilement, a repris des couleurs, des forces et du poids, soit 4 kil. 500 depuis l'opération.

Je ferai remarquer que ma gastro-entéro-anastomose postérieure a été faite avec le bouton de Murphy, et l'entéro-anastomose avec les sutures à la soie ; j'ai dû faire la vidange de la partie dilatée de l'intestin, qui contenait bien 1 litre de ces matières liquides verdâtres, qui constituaient les vomissements.

J'ai ouvert l'intestin au thermocautère.

L'opération complète, y compris la suture de la paroi abdominale, a duré trente-deux minutes.

Hypertrophie prostatique. Cystostomie sus-pubienne avec méat hypogastrique suffisant.

M. Chaput. — L'opération de Poncet serait une excellente opération si l'on était certain d'obtenir toujours un méat continent, et non pas une fistule suintant continuellement.

La technique qui permet d'obtenir un méat suffisant n'est pas encore bien établie, et c'est pour cette raison que j'ai cru bon de vous présenter ce malade, âgé de soixante-cinq ans, chez lequel les troubles prostatiques remontent à une dizaine d'années. Il est entré à Tenon le 12 novembre dernier, avec rétention d'urine, urines ammoniacales, langue sèche, fièvre, reins augmentés de volume.

Il a gardé, depuis ce temps, la sonde à demeure, mais la cystite persistait et il ne quittait pas son lit.

Le 5 *février*, je pratique une boutonnière hypogastrique en prenant la précaution de ménager un passage très étroit entre les muscles droits.

La vessie est incisée avec un bistouri très étroit. L'orifice obtenu est très petit.

Pendant quelques jours, une sonde n° 20 est laissée à demeure pour façonner le trajet. Puis le malade a pu l'enlever, sans qu'il s'écoulât d'urine ni dans la station couchée, ni dans la station debout. Actuellement, le malade se sonde lui-même par son méat hypogastrique toutes les trois ou quatre heures, pendant le jour. La nuit, il laisse sa sonde à demeure, pour éviter les difficultés d'un cathétérisme dans l'obscurité.

Le malade se lève, marche, la cystite a presque disparu, et l'état général est beaucoup meilleur. Bref, l'opération lui a rendu un très grand service.

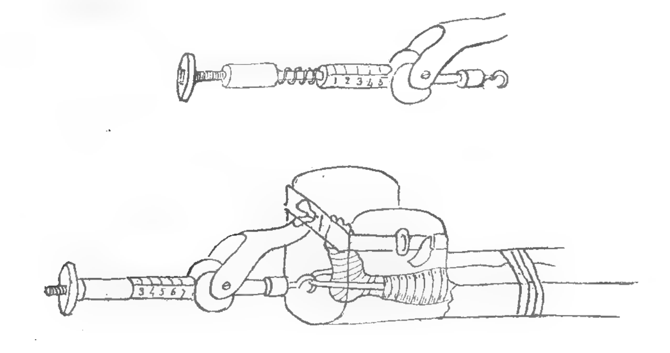
J'insiste sur la nécessité de ménager un passage très étroit pour la vessie entre les muscles droits, et sur la petitesse de l'orifice vésical, si l'on veut avoir un urètre hypogastrique continent.

M. Ricard présente le malade, auquel il a fait une gastrectomie et dont il a parlé au cours de la séance.

Présentation d'instrument.

Nouveau tracteur à ressort pour faire l'extension continue, de M. de Changy.

M. P. Reynier. — J'ai l'honneur de présenter un nouveau tracteur pour faire l'extension continue, tracteur que M. de Changy a



construit pour un de mes malades, sur mes indications, et que je trouve fort ingénieux, et destiné à nous rendre de grands services.

La traction par les poids a l'inconvénient d'immobiliser les malades au lit. Quand il s'agit d'enfants atteints de coxalgie ou ayant une fracture de la cuisse, comme dans le cas auquel je fais allusion, il est peut-être bon pour leur santé de pouvoir les déplacer tout en continuant la traction. Or, pour cela, j'avais remplacé les poids par un treuil que je mettais à l'extrémité d'une gouttière Bonnet, et dont je graduais la force avec un dynamomètre.

Le tracteur de M. de Changy simplifie ce procédé; il fait la traction grâce à un ressort à boudin, qui a été essayé avec des poids différents, et qu'on comprime au moyen d'une vis, entre deux cylindres de cuivre qui s'emboîtent. Sur un de ces cylindres existe une graduation, qui indique de combien on effectue la traction. On s'en rend encore mieux compte par la figure ci-dessus qui représente cet appareil.

Élection.

Au cours de la séance, élection pour un quatrième membre de la Commission pour la nomination des correspondants nationaux.

M. Delens obtenant 24 voix est élu.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 16 MARS 1898

Présidence de M. BERGER

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix, et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. ROUX (de Brignolles), membre correspondant, sur le *mode de suture*, préconisé à l'une de nos dernières séances, par M. Auguste Reverdin ;

3° Des lettres de MM. PEYROT, RICHELOT, JALAGUIER, WALTHER, REYNIER et RECLUS, qui demandent un congé pendant la durée du concours du bureau central.

A propos de la correspondance.

1° M. CHAPUT dépose sur le bureau deux volumes : *Œuvres d'O. Terrillon* ;

2° M. KIRMISSON remet à la Société un exemplaire de son nouvel ouvrage sur les *Maladies chirurgicales d'origine congénitale*.

3° M. PICQUÉ dépose sur le bureau la *statistique* du Dr Brousse, de Sidi-Bel-Abès, des opérations qu'il a faites en 1896 et 1897.

Ce travail est renvoyé à une commission : M. Picqué, rapporteur.

4° Une *observation d'abcès du cervelet*, consécutif à une otite moyenne suppurée et guérie par la trépanation, par M. Gauthier (de Lille).

Ce travail est renvoyé à une commission : M. Picqué, rapporteur.

M. Chaput dépose sur le bureau un travail de M. Coromillas (d'Athènes), sur le *traitement préalable des abcès pelviens par le sulfate de quinine*; ce travail est renvoyé à une commission : M. Chaput, rapporteur.

Rapports.

I. — *Les abcès du foie*, par M. le Dr Loison, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. C. WALTHER.

M. Loison, professeur agrégé au Val-de-Grâce, vous a présenté, dans la séance du 16 février dernier, un mémoire portant pour titre : *Les abcès du foie.*

Dans ce travail, l'auteur rapporte vingt et une observations d'abcès du foie, qu'il a pu recueillir pendant un séjour de sept années en Tunisie. Ces vingt et une observations sont ainsi réparties :

1° Deux cas d'abcès guéris spontanément et dont les traces furent constatées à l'autopsie; 2° cinq cas d'abcès en voie d'évolution, méconnus pendant la vie et découverts à l'autopsie; 3° quatorze cas d'abcès diagnostiqués pendant la vie et opérés.

Je ne saurais malheureusement ici entrer dans le détail de toutes ces observations dont plusieurs présentent un réel intérêt. M. Loison en a lui-même résumé les enseignements dans une série de conclusions qui terminent son mémoire et sur lesquelles je désire retenir un instant votre attention.

Je ne m'arrêterai pas aux deux observations d'abcès guéris spontanément, et dont M. Loison a retrouvé la trace sous forme d'une masse caséeuse entourée de tissu sclérosé, cicatriciel. Elles prouvent la possibilité de la résorption graduelle d'un abcès, mais je ne saurais qu'accepter la conclusion de l'auteur sur ce point, à savoir que cette résorption spontanée est exceptionnelle.

M. Loison insiste sur la symptomatologie souvent obscure, parfois trompeuse, qui peut pendant toute la durée de l'évolution d'un abcès du foie égarer le diagnostic. Il note notamment la difficulté du diagnostic différentiel entre l'abcès du foie d'une part, la fièvre typhoïde ou la fièvre paludique d'autre part. Il nous montre enfin comment la présence d'un épanchement pleu-

rétique secondaire à une infection hépatique peut entraîner à une erreur parfois bien naturelle.

Je crois que sur cette difficulté de diagnostic nous sommes tous d'accord. Tout récemment, je vous ai moi-même communiqué un certain nombre d'observations qui témoignaient des incertitudes, des confusions, des erreurs possibles dans quelques cas.

La ponction exploratrice peut elle-même être infidèle, nous dit M. Loison, et même la laparotomie dans un cas ne lui a pas permis de reconnaître un abcès du lobe gauche, observation de tous points semblable à celle que nous a rapportée ici notre collègue M. Gérard-Marchant.

Presque toujours cependant, nous dit M. Loison, la ponction est indispensable pour établir le diagnostic et elle est sans danger. Elle est sans danger à condition de suivre la pratique indiquée par l'auteur dans une autre conclusion : dès que l'aspiration ramène du pus, le trocart est laissé en place et sert de conducteur à l'incision large qui est faite séance tenante, suivant les règles habituelles de la laparotomie ou de l'incision transpleurale. Il est évident qu'en pareil cas l'incision immédiate garantit contre l'effusion du pus dans la cavité de la plèvre ou du péritoine.

Et cependant, quelque confiance qu'on puisse accorder à cette pratique, je crois nécessaire d'établir une distinction entre les différents cas. En effet, nous agissons toujours dans deux conditions bien distinctes : ou bien le foie est un peu gros, régulièrement augmenté de volume, ou bien en un point quelconque une tumeur est appréciable, se traduisant par une voussure thoracique, par un élargissement des espaces intercostaux inférieurs, ou par une tuméfaction plus ou moins limitée de la portion du foie accessible à l'exploration par l'abdomen.

S'il y a tumeur, s'il y a tuméfaction limitée du foie, je pense qu'il vaut mieux recourir d'emblée à l'incision exploratrice abdominale ou transpleurale. Nous savons, en effet, en pareil cas, dans quelle région doit porter l'intervention et le foie mis à nu, la ponction exploratrice répétée au besoin en plusieurs points, sous nos yeux, nous permettra d'atteindre le foyer, sans courir aucun risque d'hémorragie ou d'infection de la plèvre ou du péritoine.

Le foie est-il très volumineux, mais uniformément gros dans toute sa masse, sans bosselure, sans tuméfaction isolée appréciable, l'incision exploratrice peut être encore préférable ; vous avez encore présentes à la mémoire de récentes observations qui mettent bien en lumière les dangers de la ponction en pareil cas, et montrent qu'elle peut provoquer une hémorragie grave, parfois

mortelle. La laparotomie exploratrice, faite dans de bonnes conditions d'asepsie, n'est pas plus grave et permet d'opposer à l'hémorragie de la ponction secondaire une thérapeutique efficace.

S'agit-il, au contraire, d'une augmentation de volume récente du foie, d'une congestion hépatique bien nette, avec soupçon de suppuration, la ponction semble être sans danger et doit être recommandée.

Une autre question se pose ici : cette ponction peut-elle avoir une influence favorable sur l'évolution de la maladie? Cette saignée locale peut-elle arrêter la marche de l'infection et prévenir la formation de l'abcès? Je n'ai, sur ce point, aucune opinion personnelle. D'après quelques faits qu'il a observés, M. Loison pense que cette ponction aspiratrice, faite pour rechercher un abcès soupçonné, retirant du foie une certaine quantité de sang: 50, 100 ou 150 grammes au plus, en général, peut déterminer une décongestion partielle favorable. En tous cas, l'observation semble montrer qu'en pareille circonstance, on peut voir rapidement disparaître le point de côté si caractéristique, diminuer le foie, s'abaisser la température, s'améliorer l'état général. Il est évident que pour juger cette question, nos collègues de l'armée qui ont eu souvent l'occasion d'observer la congestion hépatique des pays chauds, peuvent nous apporter d'intéressants documents. Et il faut d'assez nombreuses observations pour établir qu'il y a bien là rapport de cause à effet, et non une simple coïncidence.

Dans quatorze cas, M. Loison est intervenu: onze fois par la voie transpleurale, trois fois par laparotomie. Ces quatorze opérations lui ont donné huit morts et six guérisons.

Sur ses vingt et une observations, l'auteur a trouvé seize fois la suppuration dans le lobe droit, une fois dans le lobe gauche, quatre fois dans les deux lobes.

Dix fois l'abcès était unique; deux fois il y avait deux abcès; trois fois, trois; une fois, cinq; une fois, six; une fois, sept; une fois, neuf; une fois, vingt; une fois, des abcès multiples non dénombrés.

L'examen bactériologique a été fait dans sept cas et a donné les résultats suivants : pus amicrobien, une fois; staphylocoque doré, trois fois; staphylocoque doré et colibacille, une fois; streptocoque, une fois; colibacille et diplocoque, une fois.

Ces résultats confirment ceux que je vous ai apportés et que bien d'autres avant moi avaient observés. Le pus est souvent virulent et cette possibilité, cette fréquence de la virulence entraîne comme conséquence la nécessité absolue de prendre, pour l'ouverture des abcès du foie, les précautions qui seules peuvent garantir

contre l'inoculation du péritoine ou de la plèvre dans l'ouverture des suppurations profondes.

Vous le voyez, ce travail nous apporte de nombreuses observations, soulève d'importantes questions de thérapeutique; aussi, vous proposerai-je d'adresser nos remerciements à l'auteur pour cette intéressante communication, de déposer ce mémoire dans nos archives et d'inscrire M. Loison, en bon rang, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de notre Société.

M. Robert. — Nous avons pratiqué, au Tonkin, un si grand nombre de fois la ponction dans les abcès du foie, qu'on n'en a pas pris les observations; toutefois, je peux dire que jamais nous n'avons eu aucun accident. Il nous est arrivé de ponctionner avec des aiguilles très fines, le foie, sur cinq ou six places, jusqu'à ce qu'on arrivât à trouver le pus. Lorsque le pus s'écoulait par l'aiguille aspiratrice, je remplaçais cette aiguille par un gros trocart et, en me guidant dessus, avec le thermocautère ou avec le doigt, j'ouvrais l'abcès. C'est alors à ce moment seulement qu'on court des dangers d'hémorragie et surtout dans ces contrées où nous avons affaire à des paludiques.

Je considère l'incision de Lannelongue comme la plus favorable pour aborder les abcès de la face convexe. L'incision que je faisais dans ces cas était une incision cruciale dont une des branches était parallèle aux côtes et l'autre perpendiculaire, puis je n'hésitais pas ensuite à faire la résection costale de Lannelongue. Mais si cette incision est bonne pour aborder l'abcès, comme je l'ai dit plus haut, elle a l'inconvénient d'exposer à l'infection des sutures. Dans presque tous les cas, j'ai vu ces sutures suppurer, les lèvres de la plaie se désunir et souvent les côtes se nécroser. Aussi j'ai, depuis, employé plutôt l'incision transpleurale qui m'a donné de bons résultats.

M. Walther. — M. Robert vient de toucher différents points de la thérapeutique des abcès du foie; il nous dit que la ponction est pour lui inoffensive; devant son expérience, je veux bien l'admettre; mais, si j'ai fait des réserves, c'est surtout quand on a à traiter des abcès anciens. M. Robert, en effet, s'est trouvé en présence d'abcès de date récente. Quand il s'agit, au contraire, d'abcès anciens, je reste toujours plus disposé à préférer l'incision exploratrice à la ponction; car dans les cas d'abcès anciens, en présence d'un très gros foie, on peut faire une erreur de diag-

nostic, et croyant ponctionner un abcès, ponctionner une tumeur vasculaire.

Quant aux dangers d'infection des sutures à la suite de résection costale, mes observations ne me permettent pas d'être entièrement de l'avis de M. Robert. J'ai fait souvent cette résection pour des abcès, plus souvent pour des kystes suppurés de la face convexe et je n'ai jamais observé ni désunion des lèvres de la plaie, ni nécrose costale. Je résèque très largement la côte et je fais la suture des deux feuillets de la plèvre avant d'ouvrir l'abcès. Lorsque la suture est bien faite, elle met à l'abri de l'infection.

M. Robert. — En parlant de résection, je ne parle pas de résection costale entière, mais de la résection triangulaire du bord costal.

II. *Corps étranger de l'urètre* (*épingle à chapeau*), *chez l'homme*, par M. le Dr Broussin (de Versailles).

Rapport de M. BAZY.

Le Dr Broussin (de Versailles) nous a envoyé l'observation suivante, sur laquelle vous m'avez chargé de faire un rapport :

« En juin 1892, un homme d'une trentaine d'années environ, vient chez moi dès la première heure, implorant mon assistance pour un accident qui, disait-il, venait de lui arriver. Il me raconta l'histoire suivante, qui, du reste, est classique dans l'espèce : La veille au soir il aurait éprouvé des difficultés pour uriner ; à son réveil, ces difficultés ayant persisté, il aurait voulu faciliter l'émission de l'urine en s'introduisant dans le canal de l'urètre, en guise de sonde, une épingle à chapeau en acier, se terminant par une boule en cuivre lisse et polie. Cette épingle, introduite par la tête, lui avait échappé pendant les manœuvres auxquelles il se livrait, et avait disparu dans le canal de l'urètre. Pour la faire sortir, il avait essayé de pousser la tête en pressant sur le périnée d'arrière en avant, mais il n'avait réussi qu'à faire pénétrer la pointe dans le gland. C'est dans cette situation qu'il se présentait à moi. L'interrogatoire que je fis subir au malade me démontra qu'il n'avait aucun indice de maladie vésicale ou urétrale et que je me trouvais en présence d'un cas d'aberration génésique. N'ayant pas à ma disposition l'instrumentation nécessaire pour soulager ce malheureux, je le conduisis dans mon service d'hô-

pital, et là, je procédai à l'extraction de cette épingle de la façon suivante :

« Avant d'employer le procédé classique de la version, qui consiste à faire traverser la paroi urétrale par la pointe de l'épingle, à tirer à soi cette épingle jusqu'à ce que la tête vienne heurter la paroi urétrale, à faire basculer le corps étranger de manière à le diriger vers le méat, la tête mousse tournée vers la vessie et enfin à la pousser au dehors, j'essayai un procédé plus doux, et je tentai de dégager la pointe qui était fixée dans le gland à 2 centimètres environ du méat : à cet effet, je saisis avec deux pinces à forcipressure les lèvres du méat et j'attirai fortement en avant l'urètre; grâce à cette traction, je pus dégager la pointe de l'épingle et la rendre libre dans le canal. Un aide maintenant toujours fortement tendue la paroi urétrale, j'introduisis une sonde à bout coupé et j'en coiffai la pointe de l'épingle. Sûr que le corps étranger ne viendrait plus se fixer dans la muqueuse, je ramenai la verge fortement en arrière; dans cette manœuvre, la sonde sortit du canal et, avec elle, la pointe de l'épingle qui fut saisie et tirée facilement au dehors.

« Cela fait, j'explorai le canal qui se laissa facilement parcourir dans toute sa longueur par un explorateur n° 21.

« L'exploration directe confirmait donc ce que l'interrogatoire m'avait déjà fait admettre, c'est-à-dire, l'absence de rétrécissement urétral. »

Messieurs, cette observation se passe absolument de commentaires.

Le procédé est ingénieux et recommandable.

Le traité si documenté de Poulet, sur les corps étrangers en chirurgie, ne contient rien de semblable; ce qu'a fait le Dr Broussin constitue donc une manœuvre utile à connaître et à recommander dans des cas analogues; c'est un moyen tout trouvé à ajouter à la longue liste des procédés plus ou moins ingénieux, employés jusqu'ici pour retirer les corps étrangers de l'urètre ; il est tout à fait recommandable par sa simplicité et son efficacité.

Permettez-moi de profiter de l'occasion pour vous parler d'un corps étranger que j'ai eu l'occasion d'observer l'an dernier et qui m'a fort intrigué.

Un homme de soixante-cinq ans, des environs de Beauvais, m'est amené par son médecin, le Dr Magnier, de Beauvais, au mois de juin de l'an dernier, comme étant atteint de cystite avec rétrécissement.

Les accidents vésicaux dataient de quelques mois et comme c'était surtout dans le canal que le malade souffrait, un de ses amis lui avait conseillé de faire des injections urétrales. Cet

ami avait même poussé la complaisance jusqu'à les lui faire lui-même, au moyen d'une petite seringue en verre. Mais, depuis quelques jours, les accidents s'étaient aggravés et le malade était allé consulter son médecin à Beauvais. Celui-ci avait essayé de le sonder et avait constaté un arrêt en avant de la portion membraneuse. Il avait diagnostiqué un rétrécissement et, comme les accidents paraissaient graves, il me l'avait conduit.

J'avais constaté que la vessie était distendue et que le malade n'urinait que par regorgement. En cherchant la cause de cette stagnation, j'avais constaté un arrêt dans la région bulbaire du canal, presque immédiatement en avant de la portion membraneuse.

Le diagnostic de rétrécissement s'imposait. Je ne pus arriver qu'à passer une bougie filiforme le long de laquelle le malade pouvait uriner.

En passant cette bougie, je sentis un frottement très net et rude qui me fit diagnostiquer un calcul engagé derrière le rétrécissement. J'avais ainsi l'explication facile des accidents; et l'existence de ce calcul me parut d'autant plus probable que j'avais affaire à un homme gros, fort et qui avait souvent rendu du sable urique.

J'envoyai le malade à la maison de santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu.

La bougie sortit, dans le courant de la nuit; le lendemain je ne pus pas venir voir le malade : les accidents douloureux s'étaient reproduits. Le chef infirmier de la maison de santé put passer une sonde bougie n° 12. Je fus très étonné le surlendemain, en revenant, de voir cette situation qui ne concordait pas avec le diagnostic que j'avais fait; le frottement existait toujours.

Je résolus d'en avoir le cœur net. Je fis donc l'urétroscopie, et ayant poussé facilement l'urétroscope n° 21 jusqu'au rétrécissement ou plutôt jusqu'à l'obstacle, après avoir abstergé le foyer, je fus surpris de voir un objet brillant que je saisis avec une pince, et je ramenai un fragment de verre.

Après avoir abstergé de nouveau, je ramenai un fragment un peu plus volumineux, puis je ne sentis plus rien.

Je pus alors passer facilement une bougie n° 18, mais comme les accidents douloureux persistaient, je craignis d'avoir encore laissé des fragments de verre dans l'urètre.

Je demandai des renseignements sur l'origine de ces fragments de verre et alors j'appris de l'ami qui avait fait les injections, qu'un jour il s'était aperçu, en retirant la seringue, après avoir fait l'injection, que le bout en était cassé.

On avait conservé cette seringue et je demandai à la voir.

Je m'aperçus que le bout de verre que j'avais retiré correspon-

dait seulement à la base de la canule. Toute l'extrémité manquait. Comme les accidents douloureux persistaient, je craignis d'avoir laissé encore quelques fragments et que ces fragments ne se fussent enfoncés dans la muqueuse ; je regardai de nouveau avec attention, je ne sentis rien. J'en conclus que le bout de la seringue n'était jamais entré dans le canal. En somme, ces accidents étaient dus à la cystite concomitante. Je le traitai et il sortit guéri de sa cystite et aussi de l'envie de se faire faire des injections dans le canal, même par un ami.

En terminant, je vous prie d'insérer l'observation très courte de M. Broussin dans nos Bulletins, de lui adresser des remerciements et de l'inscrire en un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national de la Société de chirurgie.

Je vous rappellerai que M. Broussin est ancien interne des hôpitaux de Paris, qu'il est chirurgien des hôpitaux civils de Versailles, où il exerce la chirurgie avec beaucoup de distinction et de droiture.

Communications.

I. — *Péritonite par perforation prise pour une appendicite; laparotomie médiane, guérison,*

par M. E. KIRMISSON.

L'observation que je rapporte ici me paraît digne d'intérêt, tant au point de vue du diagnostic que vu l'heureux résultat fourni, dans ce cas particulier, par la laparotomie.

L'enfant C... (Joseph), âgé de huit ans, est entré dans mon service le 6 janvier dernier, comme atteint d'appendicite. On nous raconte que, le vendredi 31 décembre, il a été pris subitement de douleurs dans le ventre et de vomissements. Le 3 janvier, un médecin ordonne un purgatif à la suite duquel se produisent deux garde-robes.

A l'entrée, le 6 janvier, au matin, la palpation du ventre est partout légèrement douloureuse, pas de ballonnement marqué. La douleur semble être un peu plus nette dans la fosse iliaque droite, où l'on perçoit quelques petits gargouillements. La température est à 38°,2 ; l'état général est bon. L'intervention ne me paraît pas indiquée ; je me contente de prescrire l'application de glace sur le ventre et de l'opium à l'intérieur.

Le lendemain matin, 7 janvier, à mon arrivée à l'hôpital, j'ap-

prends que le malade est plus souffrant; sans doute, la température qui, la veille au soir, était à 38°,6, est redescendue à 37°,6, mais la face est légèrement grippée, la langue est sèche, le ventre plus ballonné. Il semble y avoir une légère voussure au-dessus de l'arcade de Fallope du côté droit. Dans ces conditions, je fais transporter le petit malade à la salle d'opérations, où on lui donne du chloroforme.

A peine est-il endormi que la scène change: la forme du ventre, sous l'influence de la résolution chloroformique, se modifie; il s'affaisse au niveau du flanc droit; nous constatons, au contraire, dans la région du flanc gauche, un peu au-dessous de l'ombilic, une tumeur saillante, du volume du poing, arrondie, régulière, de consistance rénitente, sinon manifestement fluctuante.

Il devient évident, dès lors, que nous n'avons pas affaire à une appendicite, mais bien à une péritonite localisée. Nous abandonnons donc l'idée d'une incision dans la fosse iliaque droite, pour faire une laparotomie sur la ligne médiane, commençant immédiatement au-dessous de l'ombilic, et se prolongeant sur une longueur de 10 centimètres. A peine les couches superficielles sont-elles incisées et le péritoine mis à nu, qu'on sent une odeur stercorale infecte. Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule un flot de liquide grisâtre, grumeleux, d'odeur stercorale. Une anse intestinale congestionnée et distendue fait issue à travers la plaie. En déroulant l'intestin grêle, on arrive sur une anse blanchâtre, aplatie, et même légèrement rétrécie en un point, comme si l'intestin avait subi, à ce niveau, une constriction. En exerçant quelques tractions douces, on arrive à attirer au dehors la totalité de cette anse intestinale, et à sa partie supérieure, à l'union de la partie dilatée et de la partie rétrécie, on observe une petite perforation, sous la forme d'un bourgeon rougeâtre par lequel s'écoule du liquide; cette perforation siégeait près du bord mésentérique. On fait, au niveau de cette perforation, un double plan de sutures en surjet, à la soie phéniquée fine. Les parois intestinales paraissent assez malades, friables; et, pendant la suture même, il se fait, sous nos yeux, un hématome dans l'épaisseur du bord mésentérique.

La cavité péritonéale est lavée abondamment à l'eau boriquée bouillie et chaude, jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument clair; à la partie inférieure de l'incision, nous introduisons, entre les anses intestinales, une longue mèche de gaze iodoformée; la partie supérieure de la plaie est fermée par un double plan de sutures, sutures au catgut sur le péritoine, sutures superficielles au crin de Florence.

Les suites de l'intervention chirurgicale ont été des plus heu-

reuses; il n'y a plus eu de douleurs, plus de vomissements; la température ne s'est pas élevée au-dessus de 38 degrés; le 11 janvier (3e jour), le malade a eu une première garde-robe. Le 13 (6e jour), le pansement est fait pour la première fois. Des matières fécales s'écoulent par la partie inférieure de la plaie le long de la mèche iodoformée, soit que notre suture intestinale n'ait pas tenu, soit qu'il se soit fait à côté d'elle une seconde perforation. Cet écoulement de matières fécales s'est prolongé pendant quinze jours, jusqu'au 22 janvier. A partir de ce moment, la plaie a marché rapidement et sans incident vers la cicatrisation. A l'heure actuelle, la guérison ne laisse rien à désirer.

Messieurs, cette observation m'a frappé à bien des points de vue; aussi ai-je désiré vous la communiquer. Il est curieux, tout d'abord, de voir une perforation intestinale avec épanchement de matières stercorales et de liquide infect dans la cavité péritonéale, ne pas s'accompagner de retentissement fâcheux sur l'état général, ne pas déterminer de septicémie, pas d'élévation de température car, chez notre petit malade, la température n'a jamais dépassé 38 degrés. C'est certainement à cette cause fondamentale qu'est dû le résultat heureux qu'a fourni l'intervention chirurgicale.

Un autre point intéressant, mais malheureusement fort obscur, c'est celui de la nature même de la perforation que nous avons eue sous les yeux. Rien ne nous permet de croire qu'il s'agisse d'une perforation dothiénentérique, l'enfant était bien portant quand les accidents péritonéaux ont débuté; la marche de la température n'est pas non plus en rapport avec cette hypothèse. S'agirait-il ici d'une péritonite tuberculeuse? Nous devons dire que nous n'avons vu, au cours de l'opération, ni ganglions engorgés dans l'épaisseur du mésentère, ni granulations tuberculeuses, soit sur l'intestin lui-même, soit sur le péritoine pariétal. Et cependant l'état général de cet enfant qui est frêle et peu développé pour son âge, la polyléthalité dans la famille (12 enfants morts en bas âge sur 14), me font pencher vers cette dernière hypothèse.

Enfin, Messieurs, le point qui me semble le plus intéressant pour la pratique, c'est celui qui a trait au diagnostic entre l'appendicite et la péritonite localisée. L'enfant m'avait été présenté comme atteint d'appendicite : ce diagnostic semblait très acceptable, et j'avais cru même reconnaître, au-dessus de l'arcade de Fallope du côté droit, une certaine tuméfaction. C'est seulement la palpation méthodique du ventre sous le chloroforme qui m'a permis de reconnaître le véritable siège du mal, et, par suite, m'a conduit à pratiquer d'emblée la laparotomie sur la ligne médiane,

ce qui certainement constituait la seule intervention utile dans ce cas particulier.

M. Jalaguier, à qui j'ai parlé de ce cas, m'a dit qu'il en connaissait un analogue, observé par M. Letulle. Je le prierai de vouloir bien nous fournir quelques détails.

M. JALAGUIER. — Je n'ai pas eu l'occasion de rechercher cette observation; mais je sais que M. Letulle a publié, dans la *Presse médicale*, une observation d'ulcère perforant de l'intestin grêle au voisinage du cæcum, dont il n'avait pas pu établir l'étiologie, comme dans le cas de M. Kirmisson.

M. MONOD. — Il a paru aussi une thèse sous l'inspiration de M. Letulle sur une perforation de l'intestin grêle de cause inconnue.

II. — *Gastrectomie et gastro-entérostomie*,

par M. le Dr MONPROFIT (d'Angers).

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie a trait à une ablation de néoplasme de la région pylorique. J'ai pratiqué la gastro-entérostomie chez un certain nombre de malade atteints de tumeurs malignes du pylore, et j'ai eu des résultats opératoires très satisfaisants. Aucun de mes malades n'a succombé aux suites de l'opération. Mais les résultats éloignés n'ont pas tous été également bons : soit que les progrès de la maladie primitive aient emporté rapidement les malades, soit que la bouche nouvelle unissant l'estomac au jéjunum n'ait pas parfaitement fonctionné.

Dans le cas actuel, j'ai réséqué la portion d'organe qui était le siège de la tumeur, sans éprouver de difficulté notable.

Lorsqu'il s'est agi de rétablir la continuité de l'estomac et de l'intestin, j'ai tenté de rapprocher le duodénum de la section stomacale, mais j'ai éprouvé une certaine difficulté qui m'a fait craindre d'exercer des tractions pouvant être nuisibles à la bonne réunion des sutures.

J'ai alors fermé complètement l'estomac et le duodénum avec beaucoup de soin et je me suis décidé à pratiquer ensuite une gastro-entérostomie d'après le procédé de Roux (de Lausanne).

Je recherchai l'aine jéjunale et plaçant deux pinces entérostatiques à six centimètres de distance, je sectionnai l'intestin trans-

versalement, ayant soin d'isoler les lumières intestinales au moyen de compresses aseptiques.

Le bout inférieur fut approché de la face postérieure de l'estomac à travers une large brèche faite au mésocôlon, et les deux organes furent suturés au moyen de surjets de soie fine. La bouche gastro-jéjunale étant bien établie, je pratiquai alors la communication jéjuno-jéjunale par les mêmes moyens.

Les suites particulièrement favorables qui succédèrent à cette intervention un peu longue, permettront de penser qu'il n'y a pas à craindre de faire une ablation complète et large des néoplasmes gastriques et d'assurer une communication facile de l'estomac avec le jéjunum par le procédé employé par Roux (de Lausanne).

J'ai obtenu des autres procédés de gastro-entérostomie de très bons résultats, mais dans certains cas, il m'a paru que l'évacuation de l'estomac et le cours normal de la bile n'étaient pas assurés aussi facilement qu'ils l'on été dans le cas présent par le procédé en Y.

Observation. — Louise Triquet, âgée de trente-deux ans, ménagère, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle de gynécologie, le 28 février 1898. Elle se plaint de vomissements continuels, accompagnés d'une sensation de cuisson très prononcée au niveau du creux épigastrique, et réclame une intervention chirurgicale.

Les antécédents héréditaires de la malade n'offrent rien d'intéressant à signaler.

Jusqu'à l'âge de trente ans, la femme Triquet n'a fait aucune maladie. A trente ans, elle s'aperçoit que son appétit diminue; ses digestions, jusqu'alors normales, deviennent difficiles et s'accompagnent d'une sensation de pesanteur stomacale très pénible. Des vomissements alimentaires très abondants ne tardent pas à se produire; ils sont d'une saveur acide, s'accompagnent d'une douleur cuisante qui s'irradie du creux épigastrique vers la gorge derrière le sternum; ces vomissements contiennent en suspension, dans un liquide filant jaunâtre assez abondant, les substances alimentaires ingérées par la malade lors des repas précédents. Depuis dix-huit mois, ces vomissements persistent, survenant plusieurs fois par jour, parfois à cinq ou six reprises différentes, et à des moments très variables. Les éructations sont fréquentes, la douleur au niveau du creux épigastrique est très intense; la malade, toujours très constipée, reste parfois huit jours sans aller à la selle.

Quatre mois environ après le début de son affection, Louise Triquet s'aperçut de la présence dans le flanc droit, au-dessous du foie, d'une petite grosseur du volume d'un œuf de pigeon environ, dure, irrégulière, roulant sous le doigt. Cette grosseur, très mobile, voyageait avec la plus grande facilité, au dire de la malade, du côté droit au côté gauche de l'abdomen. Néanmoins, elle semblait avoir une tendance à se fixer dans le flanc droit. La malade consulta, à ce moment, il y a

un an environ, le Dr Monprofit, qui conseilla l'intervention chirurgicale. Depuis lors, la grosseur n'a augmenté de volume que très lentement. Elle est le siège de douleurs sourdes, discontinues, s'exagérant par la pression.

Il y a seize mois, les règles de la malade, jusqu'alors normales, disparaissent. Elles reparaissent cinq mois après, peu abondantes. Les deux époques menstruelles suivantes furent normales. Mais depuis lors, la malade n'a jamais été réglée.

L'état général de la femme Triquet, assez bon jusqu'au mois de novembre 1897, est devenu de plus en plus mauvais depuis cette époque. L'appétit a considérablement diminué; il est survenu du dégoût pour la viande. Les seuls aliments supportés par la malade sont les œufs, le vin et le lait. L'aimaigrissement est considérable, le teint jaunâtre, la peau sèche et rugueuse.

Si l'on palpe l'abdomen, on sent nettement, à la région épigastrique et un peu à droite, oblique en bas et à gauche, une tumeur allongée, très dure, de 4 à 5 centimètres de largeur, longue de 10 à 12 centimètres, qui part de l'ombilic pour se perdre sous les fausses côtes droites, au niveau de leur insertion avec les cartilages costaux.

Il ne paraît pas douteux que cette tumeur ne soit d'origine gastrique.

Le diagnostic auquel on s'arrête est celui de tumeur maligne de la région pylorique, et on décide de pratiquer soit l'ablation du néoplasme, si elle est possible, soit la gastro-entérostomie seule, si l'intervention radicale est impossible.

Intervention chirurgicale, le 3 mars 1898. — La malade, préparée pour l'intervention, est chloroformisée, puis transportée dans la salle d'opérations. Après l'antisepsie préalable de l'abdomen, on ouvre la cavité péritonéale en faisant une incision médiane qui part de l'appendice xyphoïde et présente une longueur de 12 centimètres environ. La masse néoplasique, attirée au dehors, occupe tout le tiers inférieur de l'estomac; on décide de l'enlever. Le grand épiploon est sectionné et lié; on place une pince au-dessous du pylore, une autre au-dessus du néoplasme, et la résection de toute la portion stomacale comprise entre les pinces est pratiquée. Le bout intestinal pylorique est alors fermé à l'aide de deux surjets de soie fine : le premier surjet réunit à elle-même la muqueuse intestinale; le deuxième surjet réunit à elle-même la couche séro-musculaire intestinale. Le bout stomacal est fermé de la même façon.

Pour rétablir la continuité interrompue du tube digestif, on pratique alors, d'après le procédé de Roux, une gastro-entérostomie en Y. L'anse jéjunale, saisie entre deux pinces sur une longueur de 6 centimètres environ, est sectionnée transversalement. Des deux bouts intestinaux, l'inférieur est suturé à la face postérieure de l'estomac préalablement incisé sur une étendue correspondante au diamètre de l'anse d'intestin

grêle; le bout supérieur est suturé latéralement au bout intestinal inférieur. Pour chacune de ces anastomoses, on emploie quatre surjets de soie fine, les deux premiers servant à reconstituer le plan postérieur, les deux derniers servant à reconstituer le plan antérieur.

La cavité péritonéale nettoyée minutieusement à l'aide de compresses aseptiques, on procède à la fermeture de l'abdomen, ce qui offre quelques difficultés, les deux lèvres de la plaie s'étant fortement rétractées et n'arrivant que très difficilement au contact l'une de l'autre.

On emploie un surjet de forte soie qui enserre dans sa spire toute l'épaisseur de la paroi. Quelques points superficiels assurent la réunion parfaite des deux lèvres de la plaie.

Pansement iodoformé.

L'opération a duré deux heures, durant lesquelles la malade s'est parfaitement comportée sous le chloroforme. Cependant, il faut noter une certaine gêne respiratoire survenue au moment où l'on a pratiqué quelques tractions sur la région cardiaque.

La malade se réveille lentement; on lui fait immédiatement une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. Le soir, l'opérée se plaint de tiraillements abdominaux; elle est très oppressée.

Le 4. — L'oppression a disparu. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. La malade absorbe du vin blanc et un siphon d'eau de Seltz.

Dans la nuit du 4 au 5, issue des gaz par l'anus.

Le 5. — La malade commence à manger; elle absorbe avec appétit deux potages au tapioca.

Le 6. — Chocolat, tapioca, œuf et pain. Vin, bouillon, lait.

Le 7. — Panade, tapioca, œuf et pain. Vin, bouillon, lait.

La malade, ne demande qu'à manger. Comme elle ne va à la selle que difficilement, on lui administre quotidiennement, à partir du 7, une cuillerée à café de magnésie dans un peu de lait.

Le 8. — Panade, chocolat, tapioca, œuf et pain. Vin, bouillon, lait, citronnelle.

Le ventre est un peu ballonné.

Le 9. — Un lavement administré à la malade produit peu d'effet.

Alimentation : panade, chocolat, tapioca, viande, légumes (pommes de terre au vinaigre), deux portions de pain. Vin, bouillon, lait, tisane.

Le 10. — Même alimentation que le 9.

Le ventre étant toujours ballonné, on administre une cuillerée d'huile de ricin à la malade qui va abondamment à la selle dans la nuit.

Le 11. — La malade est soumise au régime de deux portions.

Le ventre est souple, sans ballonnement aucun.

Le 12. — Même alimentation que la veille.

A partir du 13 mars, la malade, dont l'état est excellent, mange quotidiennement trois portions, se lève et circule dans les salles.

Discussion.

M. Chaput. — Je trouve que, au point de vue macroscopique, l'aspect de cette pièce a beaucoup de rapport avec la linite hypertrophique : il n'y aurait donc peut-être pas là du cancer.

M. Tuffier. — La linite est très rare au pylore; d'après M. Hayem, on ne l'y rencontrerait jamais; elle existe au niveau des parois de l'estomac.

Quant au procédé opératoire préconisé par M. Monprofit, j'avoue que je trouve l'opération bien compliquée; pour moi, je crois que les meilleurs résultats sont obtenus par la gastro-entérostomie postérieure.

M. Hartmann. — J'approuve absolument notre collègue M. Tuffier, dans ce qu'il nous a dit sur la nature de la pièce présentée par M. Monprofit; il s'agit évidemment de la lésion vulgaire décrite sous le nom de cancer du pylore. Je l'approuve aussi dans ce qu'il nous a dit de la gastro-entérostomie, et jusqu'à nouvel ordre, je ne suis pas disposé à accepter l'opération compliquée de Roux.

Je ferai remarquer enfin que le manque des sutures par tiraillements ne peut être invoqué contre le procédé de Kocher.

L'implantation de la section duodénale, quand elle est faite sur la paroi antérieure de l'estomac, constitue une pratique défectueuse. Elle oblige à faire décrire un long parcours au duodénum. C'est sur la face postérieure de l'estomac qu'il faut implanter la section duodénale. En suivant cette manière de faire, on n'aura que bien rarement des tiraillements. Le cardia est presque sur la ligne médiane, le duodénum est aussi très près de cette ligne médiane. Il n'y a donc guère de tractions sur les sutures lorsqu'on pratique, comme nous le faisons après Kocher, l'implantation duodénale sur la face postérieure de l'estomac.

M. Chaput. — Je suis également de l'avis de mes collègues en ce qui concerne le manuel opératoire, et comme eux, je ne donnerais pas la préférence au procédé compliqué de Roux. Mais en ce qui concerne la pièce, je maintiens ce que j'ai dit au sujet de la linite. Cette pièce me rappelle absolument un cas de linite hypertrophique que j'ai présenté dernièrement et dont l'examen avait été fait par M. Cornil, qui s'était élevé contre l'idée de cancer.

M. Tuffier. — Il faut faire l'anastomose postérieure; vouloir faire l'anastomose antérieure, c'est aller au-devant des difficultés, et c'est dans ces cas qu'on est obligé de faire de grands tiraillements ; et si on veut que les sutures tiennent, il faut faire l'abouchement duodénal loin de la ligne des sutures qui ferment l'estomac, autrement on aurait à craindre des accidents.

M. Monprofit. — Comme tous nos collègues, j'ai obtenu d'excellents résultats par les procédés jusqu'ici usités de gastro-entérostomie. Mais dans quelques cas, l'évacuation de l'estomac ayant laissé à désirer, j'ai eu recours au procédé en Y, qui, dans le seul cas où je l'ai employé, m'a donné un bon résultat.

Quant à l'autre cas auquel j'ai fait allusion et dans lequel j'ai été obligé de faire des tractions trop fortes pour rapprocher le duodénum de l'estomac, je crois que j'aurais eu à tirer à peu près aussi énergiquement pour aboucher le duodénum à la face postérieure de l'estomac. — Si, dans le cas en question, j'avais pratiqué la gastro-entérostomie, je suis convaincu que la malade aurait guéri.

Quant au procédé de Roux, il me paraît, à cause de la disposition de l'intestin par rapport à l'estomac, mieux faciliter le déversement de l'estomac dans l'intestin, et le cours de la bile.

M. Tuffier. — Je ne partage pas l'opinion de M. Montprofit sur cette facilité donnée par le procédé de Roux à l'évacuation de la bile. L'intestin ne fonctionne pas ainsi comme un véritable tuyau de descente dans lequel le contenu de l'estomac passerait par la simple loi de la pesanteur. Le fonctionnement de ces bouches stomacales est plus compliqué qu'on ne le croit. Normalement, le pylore ne s'entr'ouvre que lorsque la digestion est achevée. Les bouches de gastro-entérostomie agissent de même. A l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac, elles se ferment et ne se contractent que lorsque les aliments sont transformés en chyme.

Il ne faut pas croire non plus que l'estomac reste dans la position verticale dans laquelle il se trouve placé au moment de l'opération. Il tend à se redresser, et l'intestin n'est plus alors dans l'axe et dans la position qui, pour M. Monprofit, faciliterait le déversement de l'estomac.

M. Monprofit. — Je ne veux pas défendre plus longtemps ce procédé de Roux, qui a été si bien défendu par son auteur. Je peux dire que j'ai eu un bon résultat; mais on peut en avoir avec d'autres procédés et je crois qu'il ne faut pas être trop exclusif. Dans

ces interventions, il faut savoir qu'il n'y a pas qu'un procédé : il y en a plusieurs qui pourront, suivant les circonstances, rendre plus ou moins de services.

Présentation de malades.

Névralgie rebelle d'un moignon (membre supérieur). Résection intra-rachidienne des racines postérieures de plexus brachial. Guérison.

par MM. Ch. MONOD et CHIPAULT.

M. Ch. Monod —. Je vous présente à nouveau, au nom de M. Chipault et au mien, un malade, que vous avez déjà vu en 1896 (1) (présenté par M. Delorme), et en 1897 (2) (présenté par moi).

Il s'agit d'un homme atteint de névralgie d'un moignon, qui a subi successivement deux amputations (avant-bras et bras), des séances de compression forcée par M. Delorme, et la résection des nerfs du moignon.

Toutes ces interventions étaient suivies d'amélioration momentanée, mais lorsque je repris mon service à Saint-Antoine, en novembre dernier, je le trouvai en pleine crise douloureuse.

Je songeai à lui pratiquer la section des racines postérieures, déjà faite avec succès dans un cas analogue, par M. Chipault.

M. Chipault, consulté par moi, se rangea à mon avis et voulut bien venir, dans mon service, pratiquer l'opération projetée, le 14 décembre 1897.

La guérison des troubles névritiques se maintient aujourd'hui, absolue, comme vous pouvez le constater.

Bien que trois mois se soient écoulés, depuis l'opération subie, et que les récidives lors des interventions précédentes, aient été plus promptes, il est clair qu'il faut, à cet égard, faire toutes réserves.

Je rappelle cependant que le premier malade, opéré dans ces conditions par M. Chipault, est demeuré définitivement guéri, ce qui permet d'espérer qu'il en sera de même pour celui-ci.

Je résume cette longue observation (3).

(1) *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1896, p. 604.
(2) *Ibidem.*, 1897, p. 257.
(3) Observation recueillie par M. Vanverts, interne de service.

B..., actuellement âgé de quarante et un ans, a reçu, en 1884, un coup de feu au poignet gauche.

Qu'est-il arrivé exactement à la suite de cet accident? C'est ce qu'il est difficile de dire. Le malade qui se trouve dans un état d'esprit bizarre, fournit à ce sujet des renseignements contradictoires.

C'est ainsi que nous ne pouvons assurer que le début des accidents a été vraiment un coup de feu, comme il le dit. M. Delorme, en présentant autrefois le malade à la Société de Chirurgie, rapporte, en effet, que la lésion initiale fut une luxation du poignet. M. Nélaton lui aurait fait, en 1894, une résection du poignet en raison des troubles névritiques qui existaient à cette époque.

Ceux-ci persistant, M. Ferraton pratiqua l'amputation de l'avant-bras.

« Après cicatrisation du moignon, dit M. Delorme, la névrite s'aggrava; le moignon était œdémateux, d'un rouge vineux, très douloureux; les douleurs irradiaient sur le trajet du médian, du cubital, du radial, jusqu'aux origines médullaires de ces nerfs; ces troncs étaient augmentés de volume; le malade se plaignait également de douleurs sur le trajet des branches du plexus cervical et intercostal du même côté. Pendant les crises, il présentait un tic facial et une contracture des muscles du cou du côté correspondant à l'amputation; pas de signes d'hystérie ni d'antécédents nerveux. »

En huit séances de compression localisée, forcée, M. Delorme fit disparaître les troubles locaux et à distance. Le 15 juillet 1896, au moment où il fut présenté à la Société de Chirurgie par M. Delorme, le malade pouvait frapper impunément son moignon contre un corps dur, alors qu'auparavant, le moindre frôlement était des plus pénibles.

Après une absence de deux mois, le malade rentra dans le service de M. Delorme, souffrant comme auparavant et présentant les mêmes troubles trophiques. La compression faite sous chloroforme fit encore cesser les accidents; mais, après une courte période de calme, les mêmes troubles reprirent encore.

M. Delorme pratiqua alors la résection d'un gros névrome du cubital et de 12 à 15 centimètres de ce nerf.

Le résultat obtenu fut encore incomplet.

C'est alors que le malade demanda à quitter le service de M. Delorme, pour une raison d'ordre non chirurgical, et entra dans celui de M. Monod.

Après avoir présenté le malade à la Société de Chirurgie, M. Monod pratiqua sans grande conviction, et sur la demande

instante du patient, l'amputation du bras au tiers inférieur, par la méthode circulaire (8 avril 1897).

A la suite de cette intervention, les douleurs diminuèrent d'intensité, mais elles persistèrent. Elles se présentaient sous forme d'élancements irradiés vers l'épaule. La réunion de la plaie du moignon s'étant faite rapidement, le malade sortit de l'hôpital trois semaines après l'opération.

Il rentre dans le service de M. Monod, que remplaçait M. Arrou, le 30 septembre 1897. Les douleurs ont gardé leur caractère d'élancements souvent intenses et irradiés à l'épaule. Elles s'accompagnent de spasmes dans les muscles de l'épaule. Le moignon a bon aspect, ne présentant qu'un point adhérent à l'os au niveau de la partie moyenne de la cicatrice. Le simple toucher de la partie postérieure du moignon, immédiatement au-dessus de la cicatrice, détermine des fourmillements pénibles. La peau de la partie antérieure est le siège d'une hyperesthésie très marquée; le moindre contact détermine de vives douleurs. La pression superficielle de la cicatrice n'est pas douloureuse. La pression profonde du moignon et de la cicatrice éveille des douleurs intenses.

A la partie interne du moignon, à 3 centimètres environ au-dessus de la cicatrice, on sent une induration circonscrite dont la pression est très douloureuse. On perçoit de même, le long du bord interne de l'os, une induration longitudinale douloureuse.

Le malade est morphinomane et présente de nombreux stigmates d'hystérie.

M. Robert, qui l'avait examiné à plusieurs reprises, lui avait proposé l'excision des nerfs du moignon; mais le malade aurait refusé de se laisser opérer à nouveau.

Le 16 octobre 1897, sur nos instances, il changea d'avis.

M. Vanverts, interne du service, pratique une incision longitudinale au niveau du bord interne du moignon, commençant à 2 centimètres au-dessus de la cicatrice et se terminant au niveau du creux de l'aisselle. On découvre successivement les nerfs qui, tous, se terminent près de l'extrémité du moignon par un renflement assez volumineux, et adhérant intimement au tissu fibreux ambiant. Ces nerfs sont libres dans le reste de leur trajet. Parmi eux, le cubital est très volumineux et présente un renflement en un point de son trajet. On dissèque chacun de ces nerfs jusque dans le creux de l'aisselle où on les sectionne. En somme, il nous semble que, seul, le nerf radial a été conservé. On réunit les lèvres de la plaie à l'aide de crins profonds.

A la suite de cette intervention, le malade souffre moins; les élancements sont moins vifs et moins prolongés. Cependant, une sensation de brûlure persiste dans l'extrémité du moignon. Toute

la partie interne de ce moignon est indolore, même à la palpation. Seule, la portion externe est le siège de douleurs lancinantes, survenant sous forme d'accès, irradiant dans le côté gauche du cou et s'acccompagnant de contractures spasmodiques dans les muscles du moignon.

Le malade réclame une opération, quelle qu'elle soit, qui mette un terme à ses souffrances.

On se décide à tenter la section intra-rachidienne des racines postérieures du plexus brachial.

Le 14 décembre 1897, M. Chipault, aidé de M. Monod, pratique une longue incision au niveau des apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales. Les muscles sont rapidement sectionnés et détachés des gouttières vertébrales. L'hémorragie est abondante mais non inquiétante; elle est arrêtée par la simple compression. Les apophyses épineuses ayant été réséquées, on se met en devoir de sectionner les lames; mais on éprouve une certaine difficulté pour enlever le premier fragment de ces lames. Celui-ci ayant été extirpé, on fait facilement à la pince gouge une brèche osseuse d'environ 5 centimètres de longueur. Le canal vertébral se trouve ainsi largement ouvert.

Pour éviter le schock d'une longue opération, on remet à une séance ultérieure l'incision de la dure-mère. Les muscles sont suturés à l'aide d'un surjet à la soie, et les lèvres cutanées réunies au crin. Une mèche de gaz iodoformée est placée à la partie inférieure de l'incision.

Reporté dans son lit, le malade revient à lui facilement; son pouls, un peu rapide, est bien frappé. Dans la soirée, l'état général est excellent.

Le 17 décembre, on procède au second temps opératoire.

Les lèvres cutanées et musculaires, qui sont en voie de réunion, sont désunies.

Les adhérences, qui se sont déjà produites entre les muscles et la dure-mère, nécessitent une séparation délicate et assez longue entre ces tissus. La dure-mère étant bien dénudée, on la fend longitudinalement. On aperçoit trois racines rachidiennes postérieures, dont deux sont réséquées; la troisième n'est que sectionnée (1). Une suture à la soie est placée sur les lèvres de l'incision de la dure-mère; on ne parvient pas à en mettre une seconde en raison de la friabilité de cette membrane. Les muscles sont réunis à la soie, la peau au crin. On ne draine pas.

(1) Ces racines, autant qu'on en put juger, étaient la dernière cervicale, la premiére dorsale et une partie de la deuxième.

Au moment de l'incision de la dure-mère, le liquide céphalo-rachidien s'était écoulé en assez grande quantité, inondant le champ opératoire et gênant les manœuvres. Cependant, on ne nota aucun phénomène spécial, sauf une légère amélioration de la respiration après l'écoulement du liquide.

A la suite de cette intervention, le schock fut à peine marqué. Le soir, le malade avait toute sa connaissance, ne souffrait pas, sauf quand il essayait de faire le moindre mouvement. Il put uriner seul.

Le lendemain, 18 décembre, l'état général était excellent. Le malade ne pouvant uriner, on dut le sonder. Cette rétention dura trois jours.

Le 19 décembre, on constate l'existence d'une légère parésie du membre inférieur gauche. Le pansement est en mauvais état, et la partie supérieure de la plaie se trouve découverte. On le consolide le mieux possible, mais non sans difficulté, car le moindre mouvement imprimé au malade détermine de violentes douleurs. Du liquide céphalo-rachidien s'écoule au niveau de l'extrémité inférieure de la plaie.

Le 24 décembre, on enlève les crins. Les lèvres de l'incision sont rouges et se désunissent profondément.

Le 6 janvier, l'écoulement du liquide céphalo-rachidien cesse complètement.

Le 26 janvier, le malade se lève. La parésie du membre inférieur gauche persiste, bien qu'atténuée ; mais elle disparaît rapidement.

Le 15 mars, l'état général est excellent. Les douleurs ont totalement disparu depuis le moment de l'opération. Le moignon, qui possède toute sa mobilité, est indolore, et a même en grande partie conservé la sensibilité au toucher. La plaie qui s'est réunie par seconde intention est fermée, à l'exception d'un point gros comme un pois. Les mouvements de flexion et d'extension du tronc sont facilement exécutés; mais les vertèbres, dont les lames ont été réséquées, sont immobiles.

Le malade reste morphinomane et hystérique.

M. Poirier. — J'ai une malade dont l'histoire est calquée sur celle du malade de M. Monod, et je serai très disposé à faire comme lui la résection des racines postérieures, pour lutter contre une névralgie rebelle à tout traitement. Mais je ferai remarquer qu'il ne faut pas encore trop tôt s'applaudir du résultat. Contre ces névralgies, on a fait bien des sections de nerfs en montant toujours de plus en plus haut ; à la suite de ces interventions, il y a toujours

apparence de guérison, mais au bout de cinq ou six mois, il y a reprise des douleurs.

M. HARTMANN présente :

1° Un malade porteur d'un ulcère de l'estomac avec gastrosuccorrhée, guéri par la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique (procédé de von Hacker). Le malade, dont le poids était tombé en huit jours de 52 kilogrammes à 49 kilogrammes, vit son poids augmenter jusqu'à 57 kilogrammes dans le mois qui suivit l'opération ;

2° Un malade guéri par l'extirpation du sac, avec résection de la veine et de l'artère poplitées, d'un anévrisme à contenu fibrineux, qui était cause de douleurs et de troubles trophiques du côté de la jambe ;

3° et 4°. Deux malades atteints de maladies osseuses peu fréquentes : une ostéite déformante (maladie osseuse de Paget), et une ostéopathie tabétique hypertrophiante de la hanche, portant sur l'os iliaque et sur l'extrémité supérieure du fémur correspondant.

Présentation de pièces.

Fibrome de l'utérus.

M. RICARD. — La pièce que je présente offre un double intérêt : l'un au point de vue des indications opératoires, l'autre au point de vue de la technique suivie.

J'insisterai peu sur les indications opératoires, car à propos de ce fibrome, mon collègue et ami, le Dr Tissier, a déjà fait une communication à la Société d'obstétrique de Paris. Il s'agissait d'une femme enceinte de six semaines, en état d'avortement, anémiée par des hémorragies persistantes et déjà atteinte de phénomènes septiques. La température atteignait le soir 39°,4. Or, il ne fallait pas songer avoir recours à aucune manœuvre de désinfection intra-utérine, car la tumeur avait un prolongement pelvien tel que l'excavation était remplie et qu'il était sinon impossible, du moins fort difficile par le toucher d'atteindre l'orifice utérin, au fond d'un chenal aplati qui laissait à peine passer le doigt. On posa donc l'indication d'une intervention qui fut pratiquée avec le concours de mon collègue Tissier.

La technique suivie est celle que j'emploie ordinairement et dont j'ai donné ici même la description. Sans revenir sur les discussions un peu longues qui eurent lieu à cette tribune, je dirai que l'acte opératoire fut conduit de la façon suivante : section successive des deux ligaments larges; à leur base effondrée, découverte et ligature de l'artère utérine, puis désinsertion vagino-utérine après avoir taillé un lambeau péritonéal antérieur.

Dans la pièce que je présente, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte, il était imposible de savoir où était l'utérus, absolument confondu dans la masse morbide. Ce fibrome était composé de trois masses principales, chacune grosse comme une tête de fœtus, réunies en un centre commun qui englobait l'utérus; il pesait 3 kil. 500. Il est facile de voir sur la pièce les deux artères utérines nettement isolées, sans que l'utérus soit lui-même appréciable. Grâce à cette technique, l'opération ne dura pas vingt-cinq minutes, sutures comprises, malgré l'enclavement pelvien. On peut voir au fond de la cavité utérine, la cavité amniotique, le placenta et le cordon ombilical, l'embryon avait été rejeté.

Contrairement à mon habitude, je fermai le vagin et le recouvris du péritoine suturé. Les suites furent absolument apyrétiques et des plus simples.

Hématémèse terminée par la mort due à une tumeur de l'estomac (sarcome plexiforme).

M. Robert. — J'ai l'honneur de vous présenter des pièces pathologiques provenant d'un officier atteint de fracture récente de la tête du radius droit, et qui a succombé à de la gastrorragie due à une tumeur sarcomateuse très limitée de l'estomac.

Le 9 février, étant au manège, il tomba de son cheval, sur le côté droit, le coude replié en arrière du corps. Cette chute occasionna une fracture longitudinale, en éclat, de la tête du radius, avec luxation du fragment en avant du condyle huméral.

Le diagnostic posé dès l'entrée à l'hôpital fut vérifié par l'épreuve radiographique ; une tentative de réduction par pression directe ne donna qu'un résultat incomplet.

Le massage et les mouvements communiqués étaient bien supportés, quand, le 23 février, 14 jours après l'accident, survint le matin une hématémèse abondante ; un demi-litre de sang fut vomi en trois reprises, et quantité égale de sang fut rendue dans les selles. La glace intra et extra, et les injections d'ergotinine arrêtèrent momentanément l'hémorragie.

Le 27 février, deuxième hématémèse abondante, deux litres environ de sang sont vomis. Le malade demande instamment une intervention, mais n'ayant pour toute indication que des renseignements insuffisants sur les troubles dyspeptiques antérieurs et, sachant le sujet hémophilique, nous renonçons à pratiquer la gastrotomie et nous maintenons le traitement médical : glace, ergotinine, etc.

Le lendemain, matin, nouvelle hémorragie stomacale et selles mélaniques; le malade succombe dans la journée.

A l'autopsie, on trouve l'intestin grêle distendu par du sang marc de café; l'estomac très développé renferme également une grande quantité de sang, et présente à 10 centimètres du cardia, sur la grande courbure, en regard de l'épiploon gastrosplénique une tumeur pédiculée de la grosseur d'une pomme d'api. Son sommet présente une ouverture semblable à l'orifice du col utérin et conduisant à une cavité ampullaire remplie par un caillot en connexion avec un vaisseau profond de la tumeur. L'analyse histologique démontra que cette tumeur était un sarcome plexiforme.

Le fait est intéressant en ce que la gastro-entéroanastomose, si elle eût été pratiquée, serait restée sans résultat, et que la gastrotomie n'aurait pas permis d'obtenir l'excision de la tumeur très élevée et dont le pédicule profond se confondait avec la séreuse stomacale qui aurait été assurément déchirée en un point presque inaccessible et très vasculaire.

M. Tuffier. — La pièce de M. Robert est très intéressante; il en existe au musée Dupuytren de semblables; dans presque toutes ces observations, les malades succombent à une hémorragie.

Je ne suis pas d'avis de l'inefficacité de la laparotomie en pareil cas. Je ne dis pas qu'on aurait pu enlever cette tumeur, on aurait pu tout au moins explorer l'estomac, et la reconnaître. Quant aux hémorragies, je ferai remarquer que M. Robert constate que son malade était paludique; or, il faut tenir compte de cette infection pour expliquer la gravité de l'hémorragie; ce qu'a dit Verneuil à ce sujet et à propos des lésions du foie dans la pathogénie des hémorragies est absolument vrai.

Tout ce que les recherches modernes nous ont fait connaître sur la plus ou moins grande coagulabilité du sang, peut s'appliquer aux lésions stomacales. Les malades qui meurent d'hématémèse, surtout pour de petites lésions, sont des prédisposés aux hémorragies.

M. Guinard. — J'appuie ce que vient de dire M. Tuffier. Je crois

qu'on ne doit pas reculer devant la laparotomie ; ici évidemment elle aurait été inefficace, mais dans quelques cas elle peut être faite avec profit.

M. MICHAUX. — Dans ces hémorragies, il y a des éléments qui nous échappent; souvent l'état infectieux joue un grand rôle. Dans un cas, j'ai trouvé dans les antécédents une suppuration de très longue durée due à un panaris.

M. QUÉNU. — J'appuie ce que viennent de dire mes collègues ; il y a une véritable diathèse hémorragique qui explique ces hématémèses abondantes qui peuvent survenir comme dans un cas que j'ai eu, sans qu'on trouve ni ulcération ni tumeur.

M. REYNIER. — Je ferai remarquer que l'ulcère de l'estomac vient chez les nerveux, et que l'hémophilie, comme l'ont montré les recherches modernes, est presque toujours liée à des troubles nerveux ; rien d'étonnant donc que l'ulcère et la tendance à l'hémorragie ne puissent se rencontrer chez le même sujet.

M. QUÉNU. L'hémophilie ne tient pas qu'au nervosisme, elle peut être produite par des toxines et, d'ailleurs, les causes en sont fort complexes.

M. REYNIER. — Je suis entièrement de l'avis de M. Quénu.

Le Secrétaire annuel,

P. REYNIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 23 MARS 1898

Présidence de M. BERGER

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix, et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. FÉLIZET et une autre de M. GUINARD s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dépose, sur le bureau de la Société, un mémoire de M. Bobrow (de Moscou), sur un *Nouveau procédé d'échynococotomie du foie et d'autres organes de l'abdomen.*

A propos du procès-verbal.

Perforations spontanées ou de cause inconnue de l'intestin simulant parfois l'appendicite.

M. MONOD. — Le malade de M. Letulle, atteint d'une perforation de l'intestin ayant donné lieu à des phénomènes qui en avaient imposé pour une appendicite — malade au sujet duquel M. Kirmisson faisait appel aux souvenirs de M. Jalaguier — a été opéré par moi à Saint-Antoine, en 1894. M. Letulle jugeant que son affection était plus chirurgicale que médicale, l'avait fait passer dans mon service, deux jours après qu'il eut été admis dans le sien.

Le sentiment de M. Letulle, que je partageais absolument, était qu'il s'agissait d'une appendicite. On trouvera, dans l'observation que je rapporte longuement plus loin, les raisons de cette opinion. Je me contente ici de dire que l'erreur était justifiée dans ce cas par le fait que les lésions siégeaient bien dans la fosse iliaque droite. Le malade ayant succombé un mois après l'intervention à

la prolongation de sa péritonite suppurée, nous trouvâmes à l'autopsie un foyer purulent rétro-cæcal en rapport avec une perforation siégeant à la fin de l'intestin grêle, au niveau de la valvule iléo-cæcale.

On peut donc dire que, même anatomiquement, l'affection avait avec les suppurations péri-appendiculaires qui sont si souvent rétro-cæcales, une certaine analogie.

J'ai eu, depuis lors, occasion d'observer un autre cas dans lequel, tant à cause du siège de la tuméfaction que de la marche de l'affection, il m'est resté des doutes sur la justesse du diagnostic d'appendicite qui avait été porté.

Voici cette observation résumée :

Jeune fille de vingt-trois ans. A la suite d'une grippe qui avait duré un mois, elle entre dans le service de M. Brissaud, où elle est soignée pour des troubles douloureux, mal caractérisés, du ventre et de l'estomac. Pas de vomissements. Légère constipation.

Au bout de trois semaines, les douleurs augmentent et se localisent dans la fosse iliaque droite, en même temps que la température s'élève (39°,5). Le diagnostic d'appendicite est porté et la malade envoyée en chirurgie (28 avril 1896).

Examen. — Au niveau de la fosse iliaque droite, grosse masse, douloureuse à la pression, mate à la percussion, un peu fluctuante, n'ayant pas le siège habituellement occupé par les collections péri-appendiculaires ; elle est juste au-dessus de l'arcade de Fallope, remontant derrière le muscle droit, dont elle déborde le bord externe, jusqu'à la ligne spondoso-ombilicale, sans la dépasser. Par le toucher vaginal : col normal répondant à un utérus immobilisé ; la masse est sentie par exploration du cul-de-sac latéral droit. Rien cependant qui permette de songer à une salpingite. Il n'existe du reste aucun passé pelvien.

Malgré le siège anormal de la tuméfaction et l'allure spéciale de l'affection, on accepte l'idée d'une appendicite.

Opération (28 avril). — L'incision fut faite sur le bord externe du muscle droit ; elle conduisit dans une cavité répondant au volume d'une mandarine, tapissée par une fausse membrane épaisse, close de toutes parts, et placée au milieu des anses intestinales grêles agglutinées ; assez loin du cæcum, que l'on devine plutôt qu'on ne voit, l'appendice n'est pas aperçu.

A l'ouverture de cette cavité s'échappe un liquide d'abord séreux, louche, puis franchement purulent, non fétide. Par cultures, ce pus ne donne naissance qu'à du colibacille.

Suites. Marche. — Les suites de cette opération ne furent pas non plus celles que l'on a coutume d'observer après l'ouverture d'un foyer péri-appendiculaire.

La suppuration diminua progressivement, mais ne tarit pas ; le trajet très rétréci devint fistuleux.

Au mois d'août (l'opération datait d'avril) cette fistule était formée et fournissait beaucoup de pus.

Malgré une dilatation avec des laminaires, un curettage, des cautérisations et des injections modificatrices, elle persistait en octobre lorsque la malade, très bien portante d'ailleurs, demanda à sortir.

Elle fut revue en décembre 1896, à peu près dans le même état. Ce ne fut qu'au cours de l'année 1897, près d'un an après l'intervention, que le foyer fut définitivement comblé.

J'ai revu la malade hier (22 mars 1898), la guérison se maintient.

Réflexions. — Je crois que l'on peut se demander si dans ce cas le foyer bien encapsulé entre les anses intestinales grêles, relativement loin du cæcum, et dont la guérison fut si lente, n'était pas lié à une lésion de l'intestin plutôt qu'à une appendicite, et si ce fait ne peut être rapproché du précédent et de ceux qu'il me reste à rapporter ?

Nous n'avons pas eu ici, il est vrai, la preuve que l'intestin ait été perforé, puisque le pus n'était pas fétide et qu'il n'a point contenu de matières stercorales. Mais je montrerai tout à l'heure que certaines ulcérations de l'intestin paraissent se faire de dehors en dedans, et ne vont pas toutes jusqu'à ouvrir la cavité muqueuse.

Quant à la nature de cette lésion, elle demeure inconnue. La malade avait des antécédents héréditaires tuberculeux ; elle-même avait un sommet un peu douteux. Mais son apparence extérieure était excellente et n'avait rien qui fît songer à la tuberculose. J'ajoute que si l'affection avait été d'origine tuberculeuse, la guérison ne serait pas ainsi survenue d'elle-même.

Je n'ai visé dans ce qui précède qu'un des points touchés par M. Kirmisson, dans son intéressante communication.

Restent ceux relatifs à la fréquence de ces perforations de l'intestin, et à leur nature.

Ces faits sont très rares, mais pas complètement inconnus.

Déjà M. le professeur Potain (1), dans une leçon clinique publiée dans l'*Union médicale* en 1889, disait, à propos de l'ulcère simple du duodénum, « que des ulcérations analogues peuvent se développer dans toute l'étendue du tube digestif ».

Mais c'est surtout M. Letulle qui, dans ces derniers temps, a attiré l'attention des praticiens sur ce point.

Peu de temps après l'observation que nous avions recueillie de concert, il a pu, dans un cas semblable, serrer la question de plus près.

Après l'élimination raisonnée de toutes les causes possibles d'ulcération perforante de l'intestin, il arrive par exclusion, dans ce cas, à conclure à une perforation par corps étranger, bien que le corps du délit n'ait pu être reconnu.

(1) Potain. L'ulcère simple du duodénum, *Union médicale*, 1889, t. II, p. 834.

Il a résumé ses idées et ses recherches sur ce sujet, dans l'article de la *Presse médicale* sur les *perforations aiguës de l'intestin grêle* (1), dont M. Jalaguier, dans notre dernière réunion, nous rappelait l'existence.

Dans la thèse de M. Barbe (2), écrite sous l'inspiration de M. Letulle, je trouve, outre les cas précédents, une observation de M. Bucquoy, intitulée : *Perforation de l'intestin grêle de cause inconnue. Péritonite latente. Mort.* A l'autopsie, on découvrit, sur l'intestin grêle, une petite perforation de 2 millimètres environ du côté du péritoine, plus étendue et de forme ovalaire, à grand axe transversal, du côté de la muqueuse, située à 50 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale; la paroi de l'intestin, dans toute sa partie environnante comme aussi sur le reste de son étendue, est parfaitement saine. Il ne s'agissait donc pas d'une perforation typhique.

A ces divers faits, je puis en joindre deux autres personnels que je résume brièvement :

Dans le premier, il s'agit d'un jeune homme de seize ans, entré treize jours auparavant (28 décembre 1895), dans le service de M. Brissaud, pour des troubles gastro-intestinaux qui auraient pu faire croire à une fièvre typhoïde, si certains phénomènes caractéristiques n'avaient fait défaut.

En m'adressant le malade, M. Brissaud croyait à une péritonite suppurée, de cause inconnue, mais qui ne lui paraissait pas, du moins, d'origine typhique.

Le diagnostic d'épanchement péritonéal était suffisamment établi pour que la laparotomie s'imposât.

La cavité péritonéale, ouverte par une incision médiane, il s'en échappe une grande quantité de pus très fétide. Le doigt dans le ventre découvre une seconde grande collection purulente qui se prolonge dans le petit bassin; puis une troisième, à droite. — Deux contre-ouvertures sont faites à droite et à gauche. Grand lavage à l'eau bouillie, gaze iodoformée et drain dans chaque incision sans réunion.

Malgré les soins habituels — injection de sérum, de caféine, etc., — le malade succombait trois jours après.

A l'autopsie, on trouve une péritonite suppurée généralisée, et, de plus, plusieurs perforations sur le cæcum et sur l'intestin grêle; l'une était au niveau de la valvule iléo-cæcale. Toutes ces perforations ont leur grand axe perpendiculaire à la direction de l'intestin. Celles de

(1) Letulle (M.). Des perforations aiguës de l'intestin grêle, *Presse médicale*, 1895, n° 18, p. 137.

(2) Barbe. Etude clinique sur certaines formes de perforation de l'intestin grêle. Importance du diagnostic précoce, *Thèse de Paris*, 1895, n° 101. V. aussi Combes (Ch.). Des ulcères simples de l'intestin, *Thèse de Toulouse*, 1897.

l'iléon ne siègent pas sur les plaques de Peyer. Celles-ci sont normales; quelques-unes, près de la valvule de Bauhin, légèrement hypertrophiées, mais aucune ne présente trace d'ulcération.

La face péritonéale de l'intestin est parsemée d'érosions superficielles dues, pour la plupart, à la péritonite. Mais, à côté de celles-ci, on trouve des ulcérations plus profondes, noirâtres, ayant ce caractère qu'elles ne sont pas toutes perforantes. Quelques-unes n'intéressent, évidemment, que les plans les plus superficiels de l'intestin, la muqueuse demeurant saine. D'autres sont plus profondes, pénètrent la paroi entière, péritoine, couche musculaire, couche celluleuse, muqueuse intestinale, leur centre est perforé. Ces ulcérations profondes sont au nombre de trois ou quatre.

La pièce malheureusement a été perdue, par la négligence du garçon d'amphithéâtre, et l'examen microscopique de ces lésions n'a pu être fait.

Le pus, à l'examen bactériologique, était « polybactérien avec beaucoup de streptocoques en petites chaînettes ».

La nature exacte de ces perforations reste donc inconnue, mais le fait clinique demeure.

Mon dernier cas est relatif à une femme de vingt-huit ans, opérée dans mon service, le 23 septembre 1896, pour un abcès pelvien, par incision du cul-de-sac postérieur (1).

Pendant huit jours, tout alla bien. Les drains sont expulsés d'eux-mêmes, on n'en réintroduit qu'un. La suppuration tend à se tarir rapidement.

Mais le ventre se ballonne, et la diarrhée qui existait avant l'opération reparaît ; la température remonte à 38° et 39°.

Cet état alla s'aggravant avec des oscillations pendant près d'un mois, après quoi la malade mourut par affaiblissement progressif, sans localisation nette.

Autopsie. La cavité péritonéale est remplie d'un liquide louche. Sur le côlon transverse, près de l'angle qu'il forme avec le côlon descendant, on découvre une petite perforation de l'intestin, du volume d'une tête d'épingle.

L'intestin ouvert, on constate qu'à ce niveau et sur une étendue de 5 à 6 centimètres la muqueuse présente de nombreuses et grandes ulcérations à fond grisâtre, mais sans destruction complète de la muqueuse, ni épaississement des parois.

Du côté de l'utérus, les annexes gauches (côté opéré) sont confondues en une masse grisâtre, sans trace de pus. Le cul-de-sac de Douglas est libre et ne renferme également pas une goutte de pus.

Cette fois encore, il ne fut pas possible de déterminer la nature exacte de la perforation. On put constater seulement des lésions ulcéreuses de

(1) L'observation complète sera publiée ultérieurement avec mes autres cas d'abcès pelviens traités par incision vaginale.

la muqueuse qui n'étaient certainement pas typhiques, et très probablement pas tuberculeuses. (La pièce fut remise, sur sa demande, à un interne d'un service voisin que cette question intéressait. Je n'ai jamais pu obtenir de lui, sur le résultat de son examen, de réponse précise.)

Conclusions. — L'ensemble de ces faits conduit à admettre que, en dehors des ulcérations térébrantes de la fièvre typhoïde les plus fréquentes, de celles de la tuberculose, plus rares, il existe toute une série de cas où l'intestin se perfore sous l'influence de causes mal déterminées.

M. Letulle a montré que, dans certains cas, ces lésions pouvaient se produire au cours d'une urémie gastro-intestinale et en dépendre (1); que d'autres fois il semblait, tant la perforation avait les caractères d'une perforation traumatique, que l'on ne pût s'en prendre qu'à de petits corps étrangers, le plus souvent d'ailleurs méconnus, seule façon d'expliquer les ulcérations aiguës simples développées dans un organisme parfaitement sain jusque-là.

Pour le chirurgien, me permettra-t-on de dire, c'est plus l'existence que la nature de la perforation qui importe. En effet, l'observation de M. Kirmisson le démontre, si la lésion est soupçonnée et reconnue à temps, il sera possible par une intervention bien conduite, de faire œuvre utile.

Je reproduis ci-dessous, dans ses traits essentiels, l'observation dont je parle au commencement de cette note (2).

Obs. I. — *Perforation du cæcum et de la fin de l'intestin grêle ayant donné lieu à un abcès voisin, pris pour une appendicite. Laparotomie latérale. Mort quinze jours plus tard (péritonite purulente généralisée).*

Homme, quarante-deux ans, entré deux jours auparavant (9 mai 1894) dans le service de mon collègue et ami, M. le Dr Letulle. Il avait été pris subitement, quinze jours avant son admission à l'hôpital, d'une diarrhée, à laquelle s'étaient bientôt joints des vomissements alimentaires, puis bilieux. Anorexie, soif vive depuis deux jours, douleurs dans l'hypocondre et le flanc droits, vives, exaspérées par la pression, surtout au niveau de la région cæcale.

A la palpation, rien en arrière; mais en avant on sent dans le flanc droit une large plaque indurée, douloureuse. Température : 39 degrés, 2.

Le 11 mai, le malade passe dans le service de M. Monod

Mêmes symptômes. De plus, submatité, s'étendant, à la paroi abdominale, de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à deux travers de

(1) Barbe. *Thèse citée*, p. 91 et suiv.

(2) Cette observation, recueillie par M. Baussenat, interne des hôpitaux, est rapportée *in extenso* dans la thèse de M. Barbe. (Obs. VIII, p. 62.)

doigt en dehors de la ligne médiane, remontant au-dessus de la ligne ilio-ombilicale.

Le point le plus douloureux siège sur cette dernière ligne, à environ trois travers de doigt de l'épine.

Température : 39 degrés (matin), 39 degrés, 6 (soir). Langue un peu sèche et rouge. Respiration accélérée.

On songea à une suppuration enkystée intra-péritonéale d'origine probablement appendiculaire.

Opération (12 mai). — Incision de 8 centimètres sur le bord externe du muscle droit. Après ouverture du péritoine, c'est l'intestin grêle qui apparaît tout d'abord, il est sain; on le refoule en dedans.

On aperçoit alors le cæcum rouge, violacé, un peu tendu, mais sans trace ni de pus, ni de fausses membranes au niveau de sa face antérieure, seule visible.

Le pus doit cependant exister quelque part. Je le cherche d'abord par en bas, du côté de l'appendice. Je ne vois pas celui-ci, mais bien une partie de l'extrémité inférieure du cæcum que je contourne pour passer en arrière de lui, je détruis quelques adhérences, mais je ne rencontre toujours pas de collection purulente, bien que l'incision ait été prolongée par en haut, de façon à explorer le bord externe du cæcum et sa face postérieure sur une grande étendue.

Restait à examiner la partie *interne* et moyenne du cæcum. De ce côté, on découvre comme un gâteau épiploïque dur et compact, mais d'où, par pression, on fait sourdre un peu de sanie rouge noirâtre. Je pousse en ce sens, et j'arrive bientôt à faire pénétrer le doigt dans une petite cavité étroite, d'où je retire des débris gangreneux d'odeur infecte, avec encore un peu de sanie rougeâtre, sans vrai pus.

Je me contente d'avoir mis ce petit foyer à découvert sans rechercher davantage l'appendice; celui-ci, replié sur lui-même, correspond peut-être à ce foyer.

Drainage avec gaze iodoformée et drain. Fermeture partielle de la plaie (1).

Marche suivie. — La mort ne survint que quinze jours plus tard. Les choses parurent tout d'abord aller bien. La température tomba et l'état général fut meilleur. Mais il ne se fit jamais d'écoulement franc par le drain, en même temps que les phénomènes d'intoxication générale reprenaient le dessus.

Le malade s'éteignit sans souffrance, sans fièvre, en pleine connaissance, avec pouls petit, sueurs profuses et visqueuses, extrémités froides et cyanosées, langue sèche.

Autopsie. — Rien de particulier aux *poumons*, *cerveau*, *foie*, *rate* et *reins*.

Abdomen. — Le grand épiploon est infiltré. Les anses intestinales sont agglutinées; entre elles, on trouve, à gauche comme à droite, des foyers suppurés.

(1) La description que je donne ici de l'opération, d'après des notes prises par moi le soir même, est plus exacte que celle de la thèse de M. Barbe.

On coupe le cæcum à 10 centimètres de son extrémité, et l'intestin grêle à 15 centimètres de la valvule. En passant le scalpel en arrière du cæcum pour l'enlever, on ouvre une collection purulente placée sous sa paroi postérieure et se continuant avec un foyer de sphacèle répondant à l'angle iléo-cæcal supérieur.

L'appendice est sain dans toute son étendue.

Une grande perforation, siégeant sur l'intestin grêle, au niveau de la valvule iléo-cæcale, communique avec le foyer péri-cæcal.

La fin de l'intestin grêle est adhérente au cæcum et sa muqueuse présente quelques ulcérations peu profondes, et ne reposant pas sur une plaque indurée.

Toute la face interne du cæcum est aussi parsemée de grandes ulcérations n'ayant enlevé que la muqueuse.

Réflexions. — Ce malade a évidemment succombé à la continuation de la péritonite suppurée partie du foyer rétro-cæcal découvert à l'autopsie, reconnaissant pour cause la perforation de l'intestin.

Il est probable que ce foyer n'avait pas, le jour de l'opération, l'importance qu'il put acquérir dans les quinze jours qui suivirent, puisque, comme on l'a vu, la face postérieure du cæcum avait été, lors de l'intervention, très largement explorée.

Quant à la nature des ulcérations du cæcum et de l'intestin grêle, tout ce qu'il est permis d'affirmer, c'est qu'il ne s'agissait là, ni de tuberculose, ni de fièvre typhoïde, la pièce ayant été malheureusement égarée.

Discussion.

Discussion sur les psychoses opératoires.

M. Walther. — Dans son très intéressant et très utile travail sur les psychoses opératoires, notre collègue, M. Picqué, a rapporté l'observation suivante (séance du 2 mars 1898, p. 221. Observation II) :

« C... (J.), quarante-deux ans, entre à Villejuif dans le service de M. Briand, le 3 février 1896. Elle venait de la maison de santé du Dr Pottier, où elle était restée environ onze mois pour un délire mélancolique avec idées de persécution.

« A son arrivée, la malade est dans cet état de dépression mélancolique avec demi-conscience et prédominance d'idées hypocondriaques. Elle n'a pas d'antécédents personnels ou héréditaires, mais elle a toujours présenté un caractère bizarre. Elle est triste, dit-elle, parce

qu'elle est malade, et elle accuse son médecin de l'avoir opérée sans nécessité.

« Elle fut, en effet, opérée par un de nos collègues, le 25 août 1894, dans son service d'hôpital.

« Voici quel est son récit : en mai 1893, elle est tombée sur un trottoir et s'est fait une contusion à la cuisse, un peu au-dessus du genou. Cet accident ne l'empêcha pas de marcher, mais il en résulta une douleur qui persista pendant une année.

« En août 1894, elle est entrée dans un hôpital, où elle aurait été opérée malgré elle ! ! !

« Elle croyait, en tout cas, avoir besoin d'une opération à la cuisse, et elle fut toute surprise de constater qu'elle avait subi une opération abdominale : elle croit n'avoir jamais rien eu du côté des organes génitaux. »

Voilà certes une observation bien nette, bien typique, et qui pourrait mériter une belle place, bien ailleurs que dans nos bulletins.

C'est moi qui ai opéré cette malade, et mon ami M. Picqué a bien voulu me demander, au moment où il a fait sa communication, si je pouvais lui donner quelques renseignements sur l'opération que j'avais faite; je lui donnai la très courte note suivante, que vous trouverez dans son observation : « énorme poche suppurée rétro et sus-utérine, venant faire saillie jusqu'à l'ombilic; laparotomie, contre-ouverture vaginale et drainage; guérison. »

Mais je tiens à vous apporter ici cette observation ou du moins tout ce qui a trait au début des accidents, à l'histoire de la malade, car ceci me paraît offrir un réel intérêt.

Voici l'observation que m'a remise M. le Dr Beaussenat qui était, en 1894, interne dans le service de M. Monod, que j'avais alors l'honneur de remplacer pendant les vacances.

Observation. — *Salpingite suppurée. Péritonite enkystée.*

C..., trente-huit ans, entrée le 24 août 1894, salle Gosselin, hôpital Saint-Antoine.

Antécédents : Réglée à quinze ans. Toujours bien portante avant cette époque. Mariée à dix-huit ans. Rapports toujours pénibles, au point de pouvoir se compter. La première année de son mariage, a eu deux fois un retard dans ses règles et leur réapparition est accompagnée d'expulsion douloureuse de gros caillots.

En 1882, phlegmon, du ligament large, incisé par le vagin. Métrite à la suite.

Depuis cette époque toujours des douleurs dans les reins, les cuisses et dans le bas-ventre, surtout à gauche, avec dysménorrhée.

En 1893, crise de métrite aiguë et congestion pulmonaire.

En 1894, au mois de janvier, douleurs telles qu'elle s'alite et que le

médecin diagnostique un fibrome. Jamais elle n'avait eu de métrorragies. Depuis cette époque, elle a été continuellement souffrante, au point de ne pouvoir que très difficilement vaquer à ses occupations. Néanmoins elle se levait.

Le 1[er] août 1894, elle est prise brusquement d'une très violente douleur dans le bas-ventre avec frissons et fièvre, au point de ne pouvoir se tenir debout. Elle s'alite aussitôt et pendant dix jours est dans un état de souffrances atroces. Menée à la maison de santé, le D[r] Pozzi décide qu'on va l'opérer, mais elle refuse de se laisser opérer par M. Picqué qui assistait alors M. Pozzi. Elle rentre chez elle et, le 23, M. Jalaguier, appelé, constate une poche fluctuante, avec température extrêmement élevée, facies péritonéal.

Il pense à un kyste de l'ovaire suppuré.

Elle entre le 24 août. Etat général très mauvais. Température élevée. Pouls fréquent, facies grippé. Agitation. Examen très difficile.

L'abdomen présente dans toute la région sous-ombilicale une saillie médiane atrocement douloureuse qui paraît fluctuante, mate, immobile, sans frottements, souffles ni battements, et remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le col de l'utérus est gros, un peu entr'ouvert, et mou dans ses 2/3 inférieurs.

L'utérus est immobile dans le sens transversal. Au palper combiné, il semble mobilisable dans le sens vertical. Le cul-de-sac antérieur est saillant et fluctuant. Peu de chose dans les culs-de-sac latéraux, sauf à gauche où l'on sent une masse légèrement saillante mais immobile.

Le cul-de-sac postérieur est également un peu bombé et la fluctuation est transmise au doigt qui explore, par la main qui palpe. Cet examen est très difficile, car la malade s'y refuse presque, parce qu'il est très douloureux. Langue sèche. Diarrhée fétide.

Voilà les renseignements que je copie textuellement dans l'observation que m'a remise M. Beaussenat. Je ne vous dirai que peu de mots de l'opération.

J'intervins d'urgence, le matin même où je vis la malade dans le service, car elle était en pleine septicémie, et mon ami, M. Jalaguier, qui avait conseillé de transporter la malade à Saint-Antoine, voulut bien assister à l'opération et m'aider de ses conseils.

Je fis la laparotomie médiane et trouvai une énorme poche adhérente en bas à la paroi abdominale, libre plus haut. Je la ponctionnai puis l'incisai largement après avoir pris les précautions habituelles pour garantir le péritoine libre à la partie supérieure de l'incision. Je constatai alors que cette énorme poche, remplie de pus, descendait jusque dans le cul-de-sac postérieur et qu'en somme la tumeur abdominale et la tumeur que nous sentions dans le cul-de-sac postérieur, appartenaient à la même collection. Pour assurer un bon drainage, je fis une incision du cul-de-sac posté-

rieur et la poche fut drainée à la fois par le ventre et par le vagin. Les accidents septiques disparurent rapidement; la réparation locale fut assez longue. Mais je ne veux pas insister ici sur cette partie de l'observation qui n'a rien à voir avec la discussion actuelle.

J'ai peu de chose à ajouter à cette observation, qui parle par elle-même plus et mieux que je ne saurais le faire.

Il ne m'a pas paru inutile de vous rapporter ces détails, car il y a toujours grand intérêt à montrer quelle confiance on doit accorder au récit de pareilles malades. Voilà une femme qui, de 1882 jusqu'en 1894, pendant douze ans, n'a cessé de souffrir plus ou moins du ventre, qui a eu déjà, en 1882, un phlegmon pelvien incisé par le vagin, et elle dit très nettement, comme nous le montre l'observation de M. Picqué, qu'elle croit n'avoir jamais rien eu du côté des organes génitaux, qu'elle souffrait d'une contusion de la cuisse, alors qu'au moment où elle entrait à l'hôpital Saint-Antoine, le 24 août 1894, elle était en proie, depuis vingt-quatre jours, à une nouvelle poussée de péritonite suppurée pour laquelle elle avait vu M. Pozzi, M. Picqué, M. Jalaguier, qui tous lui avaient conseillé l'intervention, et que j'ai été obligé d'opérer d'urgence le matin même où je la vis dans le service.

Je tiens aussi à attirer l'attention sur ce point : j'ai fait l'ouverture de la poche péritonéale par l'abdomen, j'ai pratiqué une contre-ouverture par le vagin pour assurer un bon drainage; mais je n'ai pas fait autre chose, je n'ai pas touché aux annexes, dont la recherche eût été, en pareil cas, impossible. Il ne saurait donc, même ici, être question de troubles psychiques consécutifs à l'ablation des annexes, puisque tout s'est borné, en somme, à une ouverture d'abcès. Je dois ajouter, pour compléter l'observation de M. Picqué, que les troubles psychiques ne me paraissent pas être post-opératoires. Ils étaient bien pré-opératoires, comme j'ai pu en juger tout le temps que la malade est restée à Saint-Antoine.

De la comparaison si instructive de ces deux observations, récit de la malade dans l'observation de M. Picqué, observation recueillie par M. Beaussenat au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital Saint-Antoine, je crois qu'on peut tirer un enseignement. C'est que pour tous les cas analogues, il est indispensable, si l'on veut arriver à des résultats sérieux, de rechercher l'observation initiale, de s'enquérir des conditions dans lesquelles a été faite l'opération, et nous ne saurions trop demander à tous nos confrères aliénistes, seuls bien placés pour suivre l'histoire de ces malades, de faire ce qu'a fait si judicieusement mon ami, M. Picqué, de demander au chirurgien qui a opéré, l'observation prise au

moment de l'intervention. Ainsi seulement pourront être établis sur une base sérieuse et d'après des faits véritablement scientifiques les rapports entre les opérations et les psychoses.

M. Richelot. — Avec la compétence que lui donne son titre de chirurgien des asiles d'aliénés, notre collègue, M. Picqué nous a montré, sous un jour que je crois très exact, les rapports qui existent entre les opérations et les troubles vésaniques. De son étude, je ne veux retenir que le chapitre où il traite des opéra tions gynécologiques, et les disculpe du reproche qu'on leur a fait trop souvent, d'avoir une influence très spéciale sur le développement de la folie.

Quand on incrimine les opérations gynécologiques, il s'agit surtout de la castration ovarienne; on pense beaucoup moins, comme de juste, aux opérations restreintes et conservatrices sur la sphère génitale. Entre l'ablation des ovaires et les troubles mentaux, il se fait une association d'idées qui paraît toute naturelle; témoin, un travail de Régis (de Bordeaux), que j'ai lu au moment où je terminais mon livre sur l'*Hystérectomie vaginale*, et où l'auteur, parlant d'un *cas de folie consécutive à une ovaro-salpingectomie*, résumait sa pensée en disant que la malade était prédisposée par des influences héréditaires, mais que les causes déterminantes de sa folie étaient le traumatisme, l'anesthésie, et principalement « les modifications biologiques apportées dans l'économie par la suppression d'organes aussi importants que les ovaires ».

Or, sur un nombre considérable d'opérations abdominales, jamais il ne m'a paru que la suppression de l'utérus ou des ovaires apportât dans l'organisme une perturbation si profonde.

Mais j'ai vu des cas de folie après les opérations, d'où il ressort pour moi très nettement : 1° qu'il s'agit de femmes prédisposées ou déjà folles; 2° que les troubles mentaux n'ont pas de rapport avec la nature de l'acte chirurgical, et que c'est une erreur d'incriminer la castration ovarienne plutôt qu'une opération quelconque.

Le 11 février 1893, j'enlevai par la voie vaginale les deux ovaires et les deux trompes suppurées à une femme de vingt-six ans, profondément hystérique et ayant depuis longtemps des troubles de l'intelligence. Ceux-ci furent aggravés par l'opération, et prirent la forme de délire religieux; il fallut l'envoyer à Sainte-Anne, où elle commençait à s'améliorer seulement à la fin de l'année. Je la revis en novembre 1894, bien portante et calmée.

Je dis que cette folie a éclaté sur un terrain préparé de longue date, mais qu'elle n'a aucun rapport avec la suppression de l'utérus ou des ovaires. Et j'en trouve la preuve dans un cas analogue observé en mars 1891, celui d'une fille hystérique, de caractère exalté et de conduite incohérente, opérée pour une tumeur séro-hématique de la trompe droite. Je résèque partiellement la paroi tubaire, je ne l'enlève pas en totalité, et je laisse intacts les deux ovaires et la trompe gauche. Au bout d'une dizaine de jours, allant parfaitement bien, la malade est prise d'hallucinations, et je suis forcé de l'envoyer à Sainte-Anne; elle y reste huit mois, redevient calme et quitte l'asile en bonne santé. Voilà bien un cas de folie dont la nature n'est pas douteuse; la prédisposition est évidente, l'opération a joué le rôle d'un excitant, mais la perte des ovaires ou de l'utérus n'y est pour rien, puisqu'ils sont conservés.

J'ai vu, à la suite d'une hystérectomie abdominale pour fibrome, faite le 25 octobre 1892 et suivie d'une guérison parfaite, une femme de quarante-sept ans essayer de se couper la gorge avant sa sortie de la maison de santé où je l'avais opérée, puis, rentrée chez elle et très bien portante, recommencer avec plein succès. Elle était sombre et mélancolique avant l'opération, et j'attribuais sa tristesse aux pertes sanguines et aux douleurs qu'elle éprouvait; mais, quand eut lieu la première tentative de suicide, on m'apprit que c'était une récidive et que, deux ans auparavant, même aventure lui était arrivée.

Tels sont mes trois premiers faits; ils sont consignés dans mon livre, paru en 1894. Il s'agit, comme on le voit, d'hystériques en imminence de folie ou d'aliénées qui ont déjà fait leurs preuves, et la nature de l'opération n'a rien à voir avec les accidents.

Depuis cette époque, j'en ai observé d'autres, qui viennent à l'appui de la doctrine que je soutiens. Le premier, toutefois, ne prouve rien, parce qu'il a été mal observé. Une femme de cinquante et un ans subit, le 21 juin 1894, une hystérectomie abdominale totale pour un énorme fibrome qui remplissait l'abdomen; l'opération fut des plus laborieuses; elle guérit parfaitement, mais au bout d'une quinzaine de jours se mit à divaguer, fut envoyée à Sainte-Anne, et de là à Vaucluse, au mois de juillet. Je l'ai perdue de vue, et je n'ai rien su de ses antécédents.

Le 9 février 1895, chez une femme de quarante ans, hystérectomie vaginale difficile, restée en chemin et terminée par la voie sus-pubienne; vascularité extrême, perte de sang sérieuse. La malade se remonte et guérit; mais elle est prise de folie religieuse, se croit damnée, se lève et se met les pieds dans le feu; puis elle continue à divaguer, à chanter, avec des spasmes cloni-

ques. C'est une véritable folie hystérique; au bout de quelques jours, le calme revient.

Le 14 mars 1896, autre femme de quarante ans, « toujours très nerveuse ». Accouchée depuis onze mois, elle a nourri jusqu'au dernier moment avant d'entrer à l'hôpital. Il y a un mois, violente émotion au cours des règles, qui ont cessé brusquement et n'ont pas reparu. Gros utérus scléreux, en rétroversion, douleurs vives et rebelles depuis trois ans; hystérectomie vaginale sans ablation des annexes. Guérison facile; mais au bout de quinze jours, divagation, délire; transportée à Ville-Évrard, elle y reste deux mois et en revient saine d'esprit.

Dans ces deux derniers faits, je ne puis voir que des phénomènes passagers de folie hystérique, éveillés sans doute par l'opération, mais que tout acte chirurgical, en dehors de la castration, eût aussi bien produits. J'ai encore vu, dans cette même année 1896, une femme délirer après une simple colporraphie; elle sortait de la maternité de Saint-Louis, sa folie dura une huitaine de jours et guérit avant son départ pour le Vésinet. Or, sept ans auparavant, à la suite d'un premier accouchement, et sans aucune intervention, elle avait eu semblable crise et avait séjourné à Sainte-Anne. C'était donc une récidiviste, chez laquelle une opération banale a joué le rôle d'excitant.

Faut-il citer une vieille de soixante-douze ans, chez laquelle un de mes internes pratiqua, le 9 avril 1897, l'ablation d'un épithélioma de la vulve et la réfection de la commissure, avec des suites apyrétiques et un plein succès opératoire, mais qui se mit à divaguer, à s'agiter, à jeter des cris furieux, et fut conduite à Sainte-Anne le 23 avril? Ici encore, il ne s'agit pas de castration ovarienne, et même, je pense que l'épithète de « sphère génitale » ne s'applique pas très bien à la commissure vulvaire d'une femme de soixante-douze ans.

Voici maintenant trois derniers faits qui achèveront de nous montrer la question sous toutes ses faces. Il s'agit de vraies aliénées, dont les troubles mentaux ont été d'abord méconnus, et que j'ai opérées, sans le savoir, au cours de leur folie. La première est le sujet de l'observation V de M. Picqué; c'est une fille de trente-quatre ans, venue de Nevers, où elle avait subi, en février 1894, pour des douleurs abdominales, une laparotomie exploratrice. En avril 1895, elle disait souffrir horriblement dans le ventre, dans les aines, dans les cuisses; ses jambes la soutenaient à peine, elle marchait pliée en deux, et elle avait l'idée fixe que l'opération de Nevers lui avait été funeste, qu' « on n'avait pas remis les choses en place ». Elle se plaignait continuellement, mais son caractère était doux et docile; aucune incohérence de langage ni de conduite.

Je ne lui trouvais qu'une rétroversion mobile, expliquant assez mal une telle douleur ; mais elle et sa famille demandaient avec insistance une opération radicale, et elle préférait tout subir plutôt que de continuer une pareille existence. Névralgie pelvienne? Il fallait bien me rattacher à ce diagnostic, et il fallait bien aussi, dans l'espèce, intervenir. Je fis l'hystérectomie vaginale, et n'obtins rien ; l'idée fixe et l'expression de la douleur reprirent de plus belle. Alors seulement, l'idée d'un trouble mental me vint à l'esprit ; comment, sur quel indice me serait-elle venue plutôt? Il n'y avait aucun stigmate d'hystérie, aucune bizarrerie de caractère ; ses lettres ne faisaient soupçonner aucun dérangement cérébral. Quelle est la femme nerveuse qui ne nous a pas écrit, à l'occasion : « J'ai quelque chose de dérangé intérieurement », « mon côté se vide », etc.? Bref, je vis clair en l'observant longtemps de suite. L'ayant reçue dans mon service, j'allai jusqu'à pratiquer, sur son ardente prière, une seconde laparotomie « pour remettre les choses en place » ; mais la suggestion, à ce moment et sous cette forme, ne put rien sur elle. Je finis par l'envoyer à l'asile Sainte-Anne, dont le séjour ne suffit pas à la calmer. M. Picqué vous a dit l'amélioration obtenue enfin par la suggestion et l'hypnotisme ; mais cette amélioration ne fut que relative, car l'année dernière encore elle m'écrivait une lettre éplorée.

Une femme de trente-neuf ans, de Châteauroux, vint me trouver en mai 1896, pour un prolapsus vaginal. Arthritique nerveuse, neurasthénique, faisant des théories sur son estomac qui descendait, ses reins qui se décrochaient, etc., je ne vis rien d'extraordinaire dans ses plaintes, et son mari qui l'amenait ne m'apprit rien sur l'état de son cerveau. Où s'arrête la neurasthénique grave, où commence l'aliénée? Je trouvai naturelle la description qu'elle me faisait de son entéroptose, et j'obéis simplement à l'indication chirurgicale en lui faisant une colporraphie. Mais après l'opération comme avant, elle accusa sans relâche des tiraillements, des faiblesses, une sensation d' « eau qui lui coulait dans le côté » ; elle eut des pleurs, des terreurs, des remords imaginaires ; un beau jour, elle s'enfuit de la maison de santé, et fut retrouvée à l'autre bout de Paris. Je la rendis bien vite à son mari, qui l'emmena à Châteauroux; quelques semaines plus tard, elle fut internée. Etait-ce là une folie post-opératoire? Non certes; les troubles mentaux dataient de loin, mais je n'avais pu, en quelque jours d'observation, les distinguer d'un état neurasthénique banal.

Une femme de cinquante-cinq ans, de Bayeux, me fut amenée par un confrère, pour des fibromes utérins, en juillet 1896. Jeune pour son âge, elle était encore réglée et avait des amants. Après un rapport au mois de mars, et un retard au mois d'avril, elle

s'était persuadée qu'elle était enceinte et demandait sans vergogne une opération libératrice. Elle semblait d'ailleurs fort calme, raisonnable et en pleine possession d'elle-même. Longue, mais inutile conversation, pour lui faire modifier son diagnostic. Finalement, j'accepte l'opération pour enlever les fibromes, qui ont donné récemment deux métrorragies; elle accepte mon opinion, pour arriver à son but. Je fais l'hystérectomie vaginale, et pendant qu'elle guérit, je m'aperçois un beau jour qu'elle garde son idée, qu'elle prend en me parlant des airs mystérieux : elle est toujours enceinte! Convalescente insupportable, en proie à des inquiétudes mortelles, je me hâte de la faire reconduire dans son pays, et j'apprends alors qu'elle est depuis longtemps la terreur des médecins de Bayeux, qu'elle obsède. Aujourd'hui, je possède une collection de lettres de menaces qu'elle m'a écrites pendant une année. Ici encore, trompé par le calme factice et l'astuce particulière à certaines folles, je n'ai pas vu tout d'abord sur quel terrain je me trouvais; ici encore, il n'est pas question de folie post-opératoire.

Vous le voyez, sur mes onze observations — car le sort m'a favorisé — je relève trois catégories de psychoses : des troubles hystériques passagers, provoqués par une opération quelconque; des folies hystériques plus graves, éclatant sur un terrain tout préparé, avec ou sans ablation d'organes; des vésanies proprement dites, ayant commencé bien avant l'opération, et après elle poursuivant leur cours. Mais dans aucun cas je ne vois la castration ovarienne ou utérine, l'opération « sur la sphère génitale » produire de toutes pièces les troubles mentaux ou avoir sur leur apparition une influence effective.

A propos des abcès du Foie,

par M. Lucien PICQUÉ.

Dans l'une des deux intéressantes communications que M. Walther nous a faites sur les abcès du foie, notre collègue s'est appliqué à mettre en relief les difficultés parfois considérables du diagnostic.

Il me paraît intéressant d'insister à nouveau sur ce point.

Parfois le diagnostic de l'abcès s'impose. C'est lorsque le foie déborde d'une façon régulière le rebord des fausses côtes et que l'on peut, sur la portion de sa face antérieure mise à découvert, percevoir la fluctuation.

C'est ainsi que j'ai pu établir facilement le diagnostic d'abcès du

foie dans un cas fort intéressant que j'ai publié récemment dans la *Gazette hebdomadaire* (1897, p. 1083). Quand la présence du pus est reconnue, peut-on en établir exactement la nature, c'est-à-dire différencier l'abcès proprement dit de la suppuration dans un kyste hydatique?

Le plus souvent, et à l'aide des commémoratifs, on arrivera à faire cette distinction, comme j'ai pu la faire moi-même dans un cas que j'ai rapporté devant vous lors de la discussion des abcès sous-phréniques?

Il est bon de dire cependant que, parfois, cette distinction est impossible. Un cas de Hanot, rapporté par notre collègue Walther, tend à le prouver.

Au demeurant, cette distinction n'a pas grande importance et il n'y a pas lieu d'y insister beaucoup, puisque, comme le remarque très nettement notre collègue, l'indication opératoire et la technique restent les mêmes.

Quant à la congestion hépatique, ce n'est que dans des cas bien exceptionnels, comme celui qui nous a été cité, que la méprise sera possible, et en présence d'accidents anciens, d'un gros foie sensible et d'une température élevée, le diagnostic d'abcès du foie doit s'imposer à l'exclusion de tout autre.

Le diagnostic de l'abcès du foie avec les collections péri-hépatiques est certainement, dans un grand nombre de cas, fort délicat à établir.

Il faut, sous ce rapport, distinguer les collections sous-hépatiques des collections qui siègent entre le foie et le diaphragme.

Parmi les premières, celles qui ont pour siège la vésicule biliaire, sont en général faciles à reconnaître; j'ai eu toutefois l'occasion de vous signaler un cas où un de nos collègues très distingué avait admis une cholécystite suppurée, et cependant je pus établir facilement, en m'appuyant sur les signes physiques et les commémoratifs, le diagnostic de kyste hydatique suppuré, qui fut du reste confirmé par l'opération.

Les cas les plus difficiles sont assurément ceux où il existe une suppuration sus-hépatique, dont il a été question dans une récente discussion, qui coexiste parfois avec l'abcès du foie, dont elle est souvent l'aboutissant, et enfin certaines formes de pleurésie purulente.

J'ai été pour ma part, dans ces derniers temps, deux fois aux prises avec cette difficulté. C'est à propos de deux malades chez lesquels j'ai été amené à diagnostiquer une suppuration hépatique qui n'existait pas. Je vous demande la permission de vous relater ces deux cas qui se rapprochent, par certains points, de deux observations de M. Walther.

Premier cas. — Il s'agit d'une malade qui m'est amenée, le 15 janvier 1898, dans mon service de l'hôpital Dubois, par M. Bruchet, ancien chef de clinique de la Faculté.

M[me] L... (Marie), quarante ans, couchée au lit 18 de la division des femmes.

En 1895, elle a subi une hystérectomie vaginale pour salpingite et ovaire scléro-kystique.

M. Bruchet a bien voulu nous remettre la note suivante :

« Je vis la malade pour la première fois, le 6 août 1897. Elle a été prise, quelques jours auparavant, d'un point de côté à droite, de toux et d'oppression. Tous ces symptômes avaient augmenté rapidement et, au moment de ma visite, je la trouve dans un état lamentable. Point de côté atroce. Toux sèche, quinteuse, incessante. Comme signes stéthoscopiques je constate :

« 1° En arrière, matité complète dans le tiers inférieur (sauf dans la gouttière costo-vertébrale), submatité dans le tiers moyen.

Dans ces mêmes régions, diminution graduelle du murmure vésiculaire *sans souffle appréciable*. Dans le tiers supérieur, pas de modification notable.

« En avant, sonorité conservée, et cependant le murmure vésiculaire est remplacé par une respiration nettement soufflante.

« Les jours suivants, les signes d'épanchement me parurent plus prononcés : matité remontant jusqu'au tiers inférieur de l'omoplate, côté se dilatant manifestement, apparence justifiée par la mensuration mais à l'auscultation *jamais de souffle net* et murmure vésiculaire conservé jusqu'au bas dans la gouttière costo-vertébrale. En avant toujours sonorité et respiration soufflante. Foie légèrement abaissé.

« Bien que ces signes indiquassent plutôt un épanchement en lame, qu'une grosse collection, comme la dyspnée persistait très intense, je proposai la thoracentèse qui fut faite le 10 août et me donna juste une goutte de sérosité trouble à l'extrémité du trocart.

« Malgré ce résultat négatif, l'état de la malade s'améliora peu à peu : la dyspnée devint moins vive, la toux moins fatigante : l'épanchement diminua d'étendue. Les frottements apparurent vers le tiers moyen en arrière : la matité et l'absence de murmure vésiculaire persistant à la base, surtout à la réunion de la face postérieure et de la face latérale du thorax, le côté commença à être moins bombé.

« Vers le 20, l'amélioration était telle que la malade put se lever quelques heures.

« C'est quelques jours après que commença la nouvelle phase.

« Tandis que l'exsudat pleural se résorbe lentement, ce que dénotent les frottements pleuraux, de plus en plus étendus avec concordance du rétablissement de la perméabilité pulmonaire et la rétraction non douteuse du thorax, l'état général reste mauvais : la première partie de la journée se passe encore assez bien, toujours avec un peu d'oppression et de toux. Mais vers 5 ou 6 heures, un mouvement fébrile se produit avec température de 38 à 40 degrés; plus souvent 40 degrés, avec ma-

laise extrême, retour du point du côté, dyspnée plus forte et toux sèche incessante, extrêmement pénible.

« Ces accidents me confirmèrent dans l'opinion que j'avais dès le début, à savoir qu'il s'agissait d'une tuberculose à forme pleurale et j'eus la crainte que nous allions la voir évoluer rapidement. Cependant, malgré la persistance de ces phénomènes fébriles, aucun signe de généralisation, ni même d'extension de la lésion locale, se restreignant de plus en plus à la base.

« 17 *septembre*. — Pendant une absence de quelques jours que je fais en ce moment, un autre médecin est appelé, juge qu'une intervention chirurgicale est nécessaire, fait appeler le docteur X., qui avant d'ouvrir le côté, fait une *ponction exploratrice aussi négative* que la mienne. Il se retire en renonçant à toute intervention. Le Dr Launois, médecin des hôpitaux, appelé en consultation avec moi, après un examen approfondi, fait également le diagnostic de tuberculose à forme pleurale.

« A partir du mois d'octobre, les signes locaux restent les mêmes : les accès fébriles deviennent de plus en plus intenses malgré l'emploi de toutes les médications antipyrétiques, y compris la balnéation ; ces accès ne sont pas absolument quotidiens, il y a parfois un jour ou deux d'apyrexie, mais chaque fois qu'ils se produisent, c'est avec les mêmes caractères, vespéraux toujours; ils commencent par des frissons (lesquels manquaient précédemment), frisson intense, durant une demi-heure, une heure, voire une heure et demie s'accompagnant d'un malaise inexprimable, de *subdelirium*, et de retour de la toux sèche, quinteuse, au frisson succède un stade de chaleur qui dure jusqu'à une heure avancée de la nuit. Généralement la température est aux environs de 40 degrés, tantôt en deçà, tantôt au delà.

« Dans la matinée, la malade se trouve assez bien et peut s'alimenter suffisamment.

« Cet état persiste sans changement jusque vers le milieu de décembre.

« L'état général est plutôt un peu meilleur.

« La malade est moins maigre, mais les accès persistent avec stade de frisson moins long.

« A partir de ce moment le côté droit du thorax commence à paraître moins rétracté et, vers le milieu de janvier, je trouve une voussure légère mais incontestable, et *toujours aucun signe stéthoscopique du sommet droit* et rien dans toute l'étendue du poumon gauche.

« Je conclus alors à l'existence probable d'un petit foyer de suppuration dans l'exsudat pleural et j'adressai la malade à l'hôpital Dubois, en conseillant nettement à mon collègue, M. Picqué, une intervention chirurgicale. »

Examen à l'entrée. — L'examen que je pratiquai ne fit que confirmer les renseignements si précis contenus dans la note précédente.

L'histoire de la malade était bien celle d'une pleurésie; d'autre part, notre collègue admettait l'existence d'une collection purulente pour laquelle il me demandait une intervention.

Cette suppuration paraissait évidente, en raison des accès fébriles

particulièrement intenses, que la malade présentait depuis le mois d'octobre.

Mais, où était la collection? M. Bruchet la plaçait dans un exsudat pleural. J'avoue que j'hésitais à admettre cette opinion sans une certaine réserve.

L'absence de toute lésion sous-cutanée dans une pleurésie purulente, enkystée, il est vrai, mais si ancienne et qui devait remonter aux premiers accès fébriles du mois d'octobre, me frappait particulièrement.

Il me semblait, d'autre part, qu'une collection sus-hépatique de même date aurait dû donner lieu, soit à une vomique comme le cas est si fréquent, soit à des lésions sous-cutanées de même nature et je penchais vers l'hypothèse d'une collection intra-hépatique avec pleurésie concomitante.

Je pratiquai, le 18 janvier, l'opération suivante, dont je copie les détails dans mon registre d'hôpital :

Incision de 10 centimètres à cheval sur la ligne axillaire, le long de la 9e côte. Résection de la 8e et 9e côte sur la même étendue.

La palpation et l'inspection démontrent que le cul-de-sac pleural est libre et ne contient pas de liquide.

Une première ponction est faite dans le foie à travers le diaphragme et reste négative. En se reportant vers la partie supérieure, on trouve une zone pleurale épaissie et indurée, au niveau de laquelle une deuxième ponction est faite sans résultat.

J'incise le cul-de-sac pleural au-dessous de cette zone d'induration, et j'entre dans une cavité, limitée, en avant, par le feuillet pariétal de la plèvre, en arrière, par le diaphragme soulevé par le foie, en bas, par le sinus pleural; en haut, cette cavité est limitée par cette zone d'induration qui ferme la cavité pleurale et empêche la production du pneumothorax. La deuxième ponction ayant été négative, j'incise, à l'aide du bistouri, ces adhérences; j'entre alors dans une cavité à parois brunâtres, qui contient une petite quantité de pus. Cette cavité est bien intra-pulmonaire et ses parois sont formées par le poumon, ainsi que le démontre l'examen d'une partie de la paroi. (Voir plus loin.)

On constate encore, en poursuivant avec précaution cette dissection délicate, que la base du poumon est, dans une grande partie de son étendue, adhérente à la plèvre diaphragmatique.

En se reportant en dehors, du côté de la plèvre pariétale, on constate encore qu'elle est, au-dessus du point adhérent, excessivement épaisse; au-dessous, au contraire, et dans la zone de la résection costale, elle présente des caractères normaux.

Examen fait au laboratoire de la paroi noirâtre de la cavité purulente et du pus contenu, par M. Macé, ancien interne des hôpitaux :

1° L'ensemencement du liquide sur gélose et bacille est négatif.

2° La paroi enlevée appartient au poumon. La partie périphérique est formée par un tissu fibreux envoyant des prolongements très épais dans l'épaisseur du fragment, prolongements qui le traversaient sans rejoindre le côté opposé. Les alvéoles pulmonaires ont des parois qui paraissent saines : elles sont remplies de sang. Les bronches que l'on

voit dans la préparation ont un épithélium intact : elles sont dilatées et entourées de tissu fibreux sur une grande largeur, tissu qui se continue avec le tissu fibreux superficiel déjà signalé.

Autour des grosses bronches, dans le tissu fibreux, amas de petites cellules, plus épais dans certains point de la circonférence. Ces amas de cellules prennent bien la coloration et ne présentent en aucun point de masses caséeuses.

En définitive, il s'agit d'un épaississement pleural se continuant dans l'épaisseur du poumon et déterminant des lésions des bronches.

Pas de tuberculose dans les points examinés.

Les suites opératoires ont été très simples ; la température est tombée à la normale, les accès fébriles n'ont pas reparu. L'état général est devenu excellent. Il persiste encore actuellement une fistule broncho-cutanée ; les injections de liquide faites dans le trajet donnent lieu à des accès de toux.

Voilà donc un cas intéressant et rare de collection purulente intra-pulmonaire non liée à la tuberculose, et accompagnée de lésions étendues de la plèvre pariétale. La nature et la filiation des lésions est difficile à établir, et je ne veux pas aborder ce point délicat de la question. Je tenais simplement à rappeler, dans ce cas compliqué, les raisons qui m'avaient fait admettre l'existence d'une collection hépatique qui n'a pas été confirmée par l'intervention.

Un deuxième cas a présenté quelques particularités qui permettent de le rapprocher de celui si intéressant que notre collègue a observé avec M. Galliard.

Observation II. — M. X..., célibataire, trente-six ans, m'est adressé par un de mes confrère, le Dr X...

Il présente des antécédents héréditaires de tuberculose. Lui-même a eu dans son enfance une polyadénite tuberculeuse du cou dont il porte encore les cicatrices. Il ne tousse pas et n'a eu d'ailleurs aucune maladie pulmonaire.

L'an dernier, au cours de l'été, il fut atteint d'une blennorragie compliquée de prostatite suppurée qui s'ouvrit spontanément au mois d'octobre.

L'affection n'est pas encore guérie, et le malade présente actuellement du pus dans l'urine, principalement dans le premier verre d'urine recueillie. D'ailleurs l'examen chimique, bactériologique et histologique, ne permet d'y déceler ni bacille de Koch, ni albumine vraie, ni épithélium rénal.

D'autre part, l'état général s'est beaucoup amélioré et il a engraissé de 20 livres en six semaines.

Vers le 15 novembre, de nouveaux symptômes ont attiré l'attention de son médecin.

Douleurs assez vives dans le côté droit, spécialement au niveau de la

10[e] et de la 11[e] côte. Sensibilité très vive à la pression et même au frôlement de la peau. Le malade, apyrétique le matin, présente le soir une température d'environ 38°,5,

A l'examen, on ne constate rien de notable : le ventre est souple, non météorisé. Rien d'appréciable dans la fosse iliaque droite. Rien d'apparent du côté du foie : le rein ne présente ni tuméfaction, ni sensibilité à la pression ; les urines persistent d'ailleurs dans le même état.

Depuis le début, les symptômes se sont aggravés progressivement. Anorexie complète, quelquefois vomissements alimentaires. Chaque soir, la température oscille entre 38°,5 et 39 degrés.

Le médecin du malade croit à l'existence d'un phlegmon périnéphrétique, examine le malade avec un chirurgien très distingué de la province, qui ne confirme pas ce diagnostic. Un autre médecin partage l'opinion du chirurgien consultant et tous les deux semblent pencher vers l'abstention.

Le médecin ordinaire du malade constatant un empâtement manifeste dans l'hypocondre droit, l'envoie dans mon service.

A son entrée à l'hopital Dubois, je constate les symptômes suivants :

L'état général du malade est peu satisfaisant. L'amaigrissement est manifeste : l'anorexie est absolue. Température, 39 degrés le soir.

L'examen local démontre l'absence de tout épanchement dans la plèvre. Le foie ne paraît pas abaissé. Il n'existe aucune voussure costale.

En arrière, au-dessous du rebord des fausses côtes, il existe un point au niveau duquel la pression réveille une vive sensibilité.

La région lombaire me paraît absolument libre; elle est parfaitement dépressible; il n'existe en arrière aucune saillie ; la palpation bimanuelle permet toutefois de reconnaître profondément l'existence d'une tuméfaction qui semble plutôt tenir au foie et qui, en tout cas, n'occupe pas le siège d'une collection périnéphrétique.

En raison du mauvais état général du malade, de la température qu'il présente et de la zone douloureuse décelée par la palpation, je soupçonne l'existence d'une collection purulente. Ne pouvant, d'autre part, ni par les antécédents, ni par l'examen, la localiser d'une façon précise, je procède comme précédemment en pratiquant une opération préliminaire et exploratrice.

Résection de la 9[e] et 10[e] côte dans l'étendue de quatre travers de doigt : la portion moyenne de l'incision correspond à la ligne axillaire; la plèvre est libre : une ponction faite dans le foie est négative; il n'existe non plus aucune collection sus-hépatique.

Une nouvelle exploration lombaire est pratiquée, qui permet de retrouver la tuméfaction profonde qui n'occupe pas le siège classique de la collection périnéphrétique et qui, si elle n'appartient au foie, occupe un siège anormal dans l'atmosphère celluleuse périrénale.

Quoi qu'il en soit, je pratiquai comme deuxième temps l'incision méthodique de la loge périrénale qui m'amena sur une collection assez abondante de pus, très haut et très profondément située. L'examen at-

tentif de la cavité ne nous permit pas d'arriver sur le rein. Les régions osseuses voisines sont explorées sans résultat.

Examen du pus. — Le pus est ensemencé dans des tubes contenant l'un du bouillon, l'autre de la gélose.

Il nous fournit des cultures pures de staphylocoque blanc. Le malade est aujourd'hui bien guéri et près de quitter l'hôpital.

Voilà donc deux cas ou le diagnostic a présenté des difficultés sérieuses. L'intervention hâtive faite à la faveur d'opérations préliminaires ou successives, nous a donné un excellent résultat, en nous permettant d'arriver sur le foyer.

C'est, en effet, la marche que je conseille de suivre dans les cas analogues, et j'insiste tout particulièrement sur les avantages et l'innocuité que présente, dans ces circonstances, l'incision exploratrice transpleurale que j'ai pratiquée dans mes deux cas.

Dans les cas douteux, c'est donc, à mon avis, à la voie transpleurale exploratrice puis à la voie lombaire qu'il convient de recourir tout d'abord, et ce n'est qu'après avoir échoué qu'on est autorisé à recourir à l'incision transpéritonéale. Cette dernière retrouve d'ailleurs des indications précises dans les collections intra et sus-hépatiques à siège nettement antérieur.

M. Nimier. — La *saignée du foie*, à laquelle M. Walther a fait allusion dans son rapport, m'a paru avoir eu un effet favorable, contre la douleur hépatique, chez un de mes malades.

Il s'agit d'un homme de l'infanterie de marine qui, le 29 juin 1897, entra au Val-de-Grâce dans le service de mon collègue, M. Ferrier, pour « anémie palustre, congestion du foie et de la rate ». L'état général, la douleur, la fièvre, la voussure de la région épigastrique permettant de soupçonner la formation d'un abcès hépatique, M. Ferrier pratique le 3 juillet une ponction aspiratrice; elle ne donne que du sang. Dès le soir la température, au lieu de dépasser 38 degrés comme les jours précédents, tombe à la normale et désormais s'y maintient. La tuméfaction épigastrique persiste, sans autre phénomène douloureux qu'une sensation de pesanteur et de tension, et le 10 juillet une seconde ponction ramène du pus.

Je vois le malade le 13, et par laparotomie médiane, je lui ouvre un abcès du lobe gauche de la grosseur d'un œuf de poule. Au bout d'un mois la guérison paraît complète, mais dès le 13 septembre, le malade entre à l'hôpital de la marine à Brest se plaignant d'une vive douleur hépatique; celle-ci cède en quelques jours à l'application d'un vésicatoire et de pointes de feu.

Le 21 décembre, il est pris d'un accès de fièvre bilieuse hématurique

avec point douloureux très marqué dans la région de la vésicule biliaire; et le 23 il rentre dans mon service.

La fièvre tombe en cinq jours; toutefois la douleur persiste et le foie déborde les fausses côtes, aussi, le 28, sur mon conseil, M. Ferraton pratique à droite sans ponction préalable une incision sur le bord externe du muscle droit. Le foie est violacé, dur au toucher, sans traces de collection liquide sensible au palper. Par un seul trou dans la capsule de Glisson un trocart aspirateur est enfoncé dans trois directions différentes. Il s'écoule au total la valeur de trois cuillerées à bouche de sang, sans pus. La paroi abdominale est suturée et vingt jours après l'opération, le malade sort paraissant complètement guéri; la douleur avait disparu dès le jour de l'intervention.

En résumé, une première saignée du foie a été suivie chez mon malade de chute de la fièvre et de disparition de la douleur hépatique; une seconde, quelques mois plus tard, pratiquée après disparition de l'état fébrile, a également mis fin à la douleur.

C'est là du reste un fait qui n'est pas exceptionnel: dans les cas d'hépatite aiguë chez les malades menacés d'abcès du foie, les ponctions aspiratrices, uniques ou multiples, poussées profondément dans le tissu glandulaire, font disparaître ou diminuer notablement le point du côté hépatique; la température baisse; l'état local et général s'améliore.

Il serait certes exagéré de prétendre que la simple saignée du foie suffira toujours pour enrayer l'inflammation et prévenir la suppuration; mais on ne saurait méconnaître que cette petite intervention est suivie d'une amélioration passagère ou durable. Les nombreuses observations, que mon collègue, M. Loison, vous a communiquées, en fournissent la preuve; voici le résumé de deux autres qu'il m'a confiées :

Le gendarme C..., atteint de dysenterie depuis trois mois, entra à l'hôpital du Belvédère à Tunis, le 29 décembre, atteint d'hépatite aiguë. Le 30, M. Loison pratique, dans les 9e et 10e espaces intercostaux, sur la ligne axillaire, au niveau d'un point très douloureux, trois ponctions avec la grosse aiguille de l'appareil de Potain. Il ne retire que du sang.

Dès le soir, le malade se trouve soulagé, la fièvre tombe; au bout de quatre jours, fièvre et douleur ont disparu, en même temps l'état général s'améliore et à la fin de janvier, le malade quitte l'hôpital.

Le soldat M..., ancien dysentérique, est pris brusquement, dans la soirée du 23 janvier, d'un point de côté hépatique.

Le 26, M. Loison constate une température de 39°,4; une augmentation de la matité hépatique et, sur la ligne axillaire antérieure, au niveau des dernières côtes, une douleur violente exagérée par la pression et les mouvements.

Le 29, avec le trocart moyen de l'aspirateur de Potain, une ponction

aspiratrice contre le rebord costal inférieur à 14 centimètres de la ligne médiane fournit environ 150 grammes de sang pur.

Le 30, la fièvre a disparu ; le malade se dit soulagé; la douleur, encore réveillée par la pression sur une face large comme une pièce de 2 francs au niveau de l'extrémité antérieure du 9e espace intercostal, disparaît progressivement et le malade sort guéri le 25 février.

Ce sont surtout les chirurgiens anglais de l'Inde qui, depuis ongtemps, insistent sur les bons effets de la saignée du foie dans les cas d'hépatite dysentérique ou paludéenne. L'accord toutefois n'est pas complet. Tout en constatant que la ponction du foie diminue la douleur de la congestion, W. A. Morris (1) fait observer qu'il n'est pas prouvé qu'elle puisse prévenir le développement d'un abcès; avec le Surgeon General Maclean il conseille même d'être très ménagé du sang de pareils malades.

Il me semble toutefois, d'après l'ensemble des faits publiés, que la question mérite d'être étudiée et qu'elle peut l'être avec fruit par ceux de nos camarades de la marine ou de la guerre qui aux colonies ont l'occasion de traiter l'hépatite dès son début. Peut-être arriveront-ils à bien établir les indications et les résultats de la saignée du foie, et aussi le mécanisme de son action.

Jusqu'à présent nous ne savons expliquer comment peut agir sur la congestion du foie la soustraction d'une quantité de sang toujours minime relativement à la circulation de la glande. Les observations, du reste, souvent n'indiquent pas d'une façon suffisante le taux de la saignée, or ce point en particulier mériterait d'être précisé.

Quant à l'innocuité de la ponction aspiratrice en elle-même, elle n'a plus besoin d'être démontrée ; il me suffira de vous rappeler l'opinion si formelle qui vous a été formulée sur ce point par mon collègue M. Robert.

Présentation de malades.

M. Tuffier. — J'ai l'honneur de présenter :

1° Un malade traité pour un rétrécissement du pylore, d'origine biliaire. Je lui fis l'opération. A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai une vésicule contenant des calculs, ratatinée, entourée de brides fibreuses adhérentes au pylore. De plus, il y avait de l'entéroptose; les viscères de la malade étaient abaissés, sauf le

(1) *Lancet*, 25 juillet 1891, p. 175.

pylore qui, maintenu dans sa situation primitive par les adhérences dont je viens de parler, était devenu le siège d'une coudure et s'était oblitéré.

Dans un pareil cas, on pourrait libérer les adhérences, faire la gastro-entérostomie; la conduite à tenir est du reste bien exposée dans la thèse récente de Marchais, un de mes élèves. J'ai fait la gastro-entérostomie postérieure (procédé de von Hacker) et la cholécystectomie qui fut d'ailleurs très simple, car les adhérences une fois détruites, je n'eus pour ainsi dire qu'à sectionner le pédicule de ma vésicule qui se détacha aisément. La malade, depuis l'intervention, n'a plus d'accidents.

2° Une femme atteinte d'épithélioma du corps de l'utérus, je l'ai opérée voilà six ans, elle revient me trouver aujourd'hui : son mal a récidivé. Il n'en est pas moins vrai que voilà un beau cas de survie relativement longue.

M. Nimier. — J'ai l'honneur de présenter deux malades auxquels j'ai fait l'ablation de l'astragale pour ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne.

Présentation de pièces.

Corps étrangers de l'utérus : 1° *cure-oreille*; 2° *laminaire.*

M. Bazy. — Le corps étranger que je vous présente est un cure-oreille que j'ai retiré de l'utérus d'une malade de mon service qui se l'était introduit pour voir si l'orifice interne du *col était dilatable.*

Cette femme avait eu deux enfants et était en outre enceinte de deux mois.

L'introduction de l'instrument avait été favorisée par un prolapsus utéro-vaginal incomplet, mais qui permettait toutefois d'atteindre facilement le col.

Le jour de son entrée, mon interne en essaya l'extraction et il ne put y parvenir.

Le lendemain, à la visite, je la vis : j'explorai doucement, au moyen de l'hystéromètre, et sentis le corps étranger à 3 centimètres environ de l'orifice externe du col, qui était mou, dilatable, laissant facilement entrer la pulpe de l'index.

Au moyen d'une pince, je l'ai facilement extrait. Pensant que

peut-être la grossesse pourrait continuer, je me bornai à faire un lavage au moyen d'eau bouillie.

Mais, le soir, la malade a eu une hémorragie, arrêtée pendant la nuit par un tamponnement. La fièvre, qui était peu élevée, il est vrai, continuait. Je fis le curettage pour enlever l'œuf, ce qui fut très simple.

Les suites ont été très régulières, la fièvre est tombée immédiatement et l'hémorragie ne s'est plus reproduite. Le corps étranger a été enlevé avant-hier.

A ce corps étranger, je pourrais en ajouter un autre.

C'est une laminaire que j'avais introduite dans un utérus pour combattre une atrésie du col consécutive à une amputation du col, probablement supra-vaginale, faite pour un épithélioma du col par M. Duplay, et qui offre ceci de remarquable que cette malade est restée guérie depuis neuf ans environ.

J'avais dit à un de mes internes de changer la laminaire.

Elle se cassa.

La malade la garda pendant trois mois et je la retirai entièrement, pour la guérir de son atrésie, par la stomatoplastie, cette intervention l'a du reste guérie définitivement de l'atrésie qui avait donné lieu à des douleurs épouvantables et amené des accidents septiques.

M. Lucas-Championnière. — Je ne peux accepter qu'une femme jeune, à laquelle on a cru il y a neuf ans avoir enlevé un cancer, et qui n'a pas présenté de récidive, ait eu véritablement un cancer. L'examen histologique, en pareil cas, n'est même pas probant. Léopold, dont la compétence en pareille matière est acceptée par tous, est le premier à le dire.

Le cas isolé dont parle M. Bazy, ne me paraît donc nullement probant.

M. Routier. — Je rappelle un cas que j'ai autrefois présenté ici, opéré il y a onze ans; j'ai revu la malade ce matin.

Je l'avais opérée à Laënnec pour un cancer du corps de l'utérus, par hystérectomie vaginale.

M. Cornil crut d'abord à un cancer: puis, plus tard, il a vu que c'était une forme de métrite spéciale qu'il a décrite dans sa brochure sur les cancers de l'utérus.

Elle va naturellement très bien : ce n'était pas un cancer; un histologiste moins expert que le professeur Cornil s'y serait peut-être trompé, et j'enregistrerais un cas de cancer guéri sans récidive après onze ans.

M. Hartmann. — La difficulté est plus grande en ce qui concerne le cas de M. Bazy; on ne sait pas par qui la pièce a été examinée.

M. Bazy. — Je n'ai cité le fait qu'incidemment; il était tout à l'éloge d'un de nos maîtres : je n'y attache d'ailleurs pas une réelle importance.

Présentation d'un « orteil d'acromégalique ».

M. Potherat. — Vous auriez peine tout d'abord à reconnaître, dans la pièce que je vous présente, un deuxième orteil (pied gauche). La déformation, l'augmentation considérable du volume, l'absence apparente d'ongle, défigurent en effet complètement cet orteil, que j'ai amputé le 18 décembre dernier, dans les conditions exceptionnelles suivantes :

Le porteur était un fort gaillard de vingt-trois ans, ouvrier tuilier, venu tout exprès de l'Indre à Paris, pour consulter au sujet de son cas qui avait semblé fort extraordinaire aux différents médecins à qui il s'était adressé. Il avait remarqué, depuis longtemps déjà, que le deuxième orteil du pied gauche était plus volumineux que les autres. En outre, depuis quelques années, la différence s'était considérablement accentuée, au point de devenir une difformité fort gênante. Cet orteil, considérablement augmenté de volume dans toute son étendue, forme une sorte de grosse massue en forme de crosse à concavité externe. La crosse est constituée par l'extrémité de l'orteil recourbée sur elle-même et reposant sur le dos des orteils suivants. La peau ne présente en aucun point de modifications, dans la coloration, bien évidentes. Cependant elle est d'un blanc un peu mat, épaissie, avec l'aspect de peau d'orange. En aucun point il n'y a d'ulcération. Tout d'abord on ne distingue pas d'ongle; mais en regardant de près dans la concavité de la crosse, on aperçoit au fond d'un sillon transversal, un ongle lamellaire tranchant, et qui me paraît jouer le rôle principal dans les douleurs qu'accuse le malade quand il porte un soulier qui n'est pas démesurément large ou qu'un heurt vient le frapper.

Tel était l'aspect que me présentait cet orteil; mais mes constatations ne se bornaient pas uniquement à ce point qui seul avait frappé le malade. En effet, je m'aperçus aisément, que les autres orteils, et surtout le gros orteil, étaient très manifestement plus développés que leurs congénères de droite. D'ailleurs, tout le pied

est manifestement plus gros à gauche qu'à droite; la jambe elle-même paraît un peu hypertrophiée. Quoique moins marquée au niveau de la main, la différence dans le volume en faveur du côté gauche est encore reconnaissable. A la face, elle est nulle ou peu appréciable.

De sorte qu'il y avait là un ensemble symptomatique qui m'a paru devoir être rapporté uniquement à cette affection qui a pour la première fois bien été décrite par M. Marie, en 1885, et qui a reçu le nom d'*acromégalie.* J'avais eu l'occasion d'en observer un cas très beau et très net, en 1888, à la Charité, dans le service de mon maître Trélat. Mais je n'avais jamais vu, et je ne sache pas qu'on ait décrit une malformation semblable à celle qui s'offrait à moi dans le cas présent.

Restait la question de traitement. Il m'a paru que seule l'amputation était indiquée. Elle faisait disparaître une difformité très gênante sans apporter aucune atteinte à la bonne statique du pied. J'y procédai trois jours après l'admission du malade dans mon service, c'est-à-dire le 18 décembre dernier, et le 6 janvier suivant, complètement guéri et enchanté, il repartait pour son pays.

L'examen de la pièce nous a montré les modifications suivantes, qui portent uniquement sur la peau, les tissus sous-cutanés et le squelette. Les tendons déformés, modifiés dans leur situation, sont restés identiques d'aspect et de volume à des tendons normaux.

La peau épaissie, dense, forme de gros bourrelets. Ce sont ces bourrelets qui, à l'extrémité, ont enfoui l'ongle. L'hypertrophie conjonctive est également très accusée au niveau du tissu cellulaire sous-cutané. Il résulte de cet ensemble, une masse épaisse, résistante, inextensible, en forme de saucisson.

L'hypertrophie porte également sur le squelette. On retrouve les trois phalanges, mais considérablement augmentées en volume et en longueur; les extrémités articulaires sont comme boursouflées. Cette hypertrophie en longueur se faisant à l'intérieur d'une gaine cutanée, épaissie, dense, inextensible, a obligé le doigt à s'incurver en crosse, d'où les déformations articulaires que vous constatez.

En somme, nous retrouvons sur cette pièce, à un rare degré de netteté, les altérations du squelette et des parties molles décrites dans l'acromégalie, et bien que nous n'ayons pas observé d'altérations de la face très appréciables cliniquement, ni de lésions plus étendues du squelette, et en particulier de la colonne vertébrale, il ne me paraît pas douteux que nous ne nous trouvions ici en présence d'une acromégalie, mais d'une acromégalie à une période peu avancée encore de son développement.

Élection.

Au cours de la séance, élection de quatre membres correspondants nationaux.

Sont nommés :

MM.	Chevassus	23 voix.
	Brault	16 —
	Braquehaye	16 —
	Broussin	15 —

27 votants. — Majorité 14.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.





SÉANCE DU 30 MARS 1898

Présidence de M. BERGER

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix, et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. CHEVASSUS, de M. BROUSSIN, de M. BRAULT et M. BRAQUEHAYE, qui remercient la Société de leur avoir accordé le titre de membre correspondant;

3° Une lettre de M. FÉLIZET, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

4° Une lettre de M. ROUX (de Brignoles), que lit M. Reclus.

5° M. NÉLATON dépose sur le bureau de la Société, au nom de M. Legueu, un ouvrage intitulé; *Traité médico-chirurgical de gynécologie :* auteurs, Labadie-Lagrave et Legueu.

A propos de la correspondance.

M. ROUX (de Brignoles), membre correspondant. — Dans la séance du 2 mars, M. le professeur Reverdin a communiqué à la Société de Chirurgie une note sur une nouvelle suture consistant en une combinaison de la suture enchevillée et de celle en surjet et dont le résultat est un adossement très exact et une réunion meilleure que celle obtenue par les autres sutures.

Les avantages très réels que présente ce manuel opératoire méritent qu'on en généralise l'usage. Après l'avoir découvert par hasard, *il y a deux ans*, j'en ai été tellement satisfait que je l'ai employé presque exclusivement et voici, en quelques mots, les remarques que j'ai faites.

L'exécution de la suture ainsi comprise est extrêmement rapide; on peut estimer que, toutes conditions d'assistance égales, il faut

moitié moins de temps pour l'appliquer que pour faire une réunion à points séparés.

On évite complètement toute section ultérieure par tiraillements des tissus, lorsqu'il y a un peu de tension des lèvres de la plaie et cela parce que ces lèvres sont rapprochées en totalité par ce procédé, et que la traction ne porte pas sur tel ou tel point spécial.

Le rapprochement des tissus est parfait, l'affrontement aussi exact que possible, il n'y a pas de renversement en dedans et l'on comprend aisément de quelle utilité est une pareille disposition dans les opérations portant sur le cou, le scrotum, etc.

Les tissus ainsi réunis ne présentent aucun point de moindre résistance : de là une solidité remarquable de la région suturée d'abord, de la cicatrice ensuite, solidité bien supérieure à celle que l'on obtient par le simple surjet, et dont les résultats sont surtout remarquables dans la réunion des divers plans de la paroi abdominale après une laparotomie.

Dans la suture des moignons d'amputation, le fil tendu le long de la ligne de réunion soutient fortement les tissus et facilite leur réunion, mais dans ce cas le manuel opératoire que je suis diffère de celui de M. Reverdin en ce que, arrivé à l'extrémité de la plaie, je place un deuxième fil parallèle au premier, mais suivant une direction inverse. De sorte qu'il y a deux fils tendus le long de la plaie, l'un au-dessus, l'autre au-dessous, qui permettent aux fils intermédiaires d'exercer une forte traction sans faire aucune section.

Dans les cas d'amputations de membres, du sein, quand il s'agit d'opérations sur le cou, le scrotum, etc., on obtient ainsi une ligne de réunion parfaite sans une encoche, sans renversement ni tiraillement ; les tissus sont bien soutenus et la peau ainsi réunie fait elle-même une compression solide empêchant ou limitant les extravasations sanguines.

L'exécution de cette manœuvre est très facile ; je ne reviendrai pas sur la description qu'en a faite M. Reverdin, je me permettrai seulement de signaler la nécessité, pour avoir un bon affrontement, de maintenir tendue l'extrémité du fil déjà placée ; cette tension assure un rapprochement exact des lèvres de la plaie déjà suturées et facilite beaucoup la fin de la manœuvre.

J'ajouterai enfin que je me sers presque exclusivement de catgut qui a ici l'avantage de n'avoir pas besoin d'être enlevé, et qui en outre, employé ainsi, forme, au bout de quelques heures, une sorte d'enveloppe très exacte de la plaie, parfaitement appliquée sur elle, la moulant en quelque sorte, et maintenant ses lèvres merveilleusement affrontées.

Discussion.

Sur les psychoses post-opératoires.

M. Paul Reynier. — Messieurs, M. le Dr Picqué vient d'aborder devant nous une question de pathologie générale, particulièrement difficile à élucider, et qui cependant nous intéresse tous, comme il le dit avec raison.

Les chirurgiens ne peuvent rester indifférents à ces questions de médecine mentale. On accuse trop souvent nos opérations gynécologiques d'être la cause de troubles mentaux, pour que nous ne tenions pas compte du plus ou moins bien fondé de cette accusation, et que nous ne la discutions.

Depuis longtemps, comme M. Picqué, mon attention a été attirée sur ces psychoses post-opératoires; j'ai pu réunir ainsi un certain nombre d'observations personnelles, qui ont fini par faire ma conviction sur cette question.

Or, il est un fait, qui me paraît indéniable, et qu'on ne saurait trop mettre en lumière, l'opération ne fait jamais naître la folie de toute pièce.

Comme le faisait remarquer souvent mon maître le professeur Béhier, celui qui perd l'esprit, ne perd pas grand'chose de bon. Il faut une prédisposition, et les individus chez lesquels, à la suite de notre opération, nous voyons des troubles mentaux survenir, sont toujours des personnes dont le cerveau n'était pas bien solide par le seul fait d'une tare antérieure, héréditaire ou acquise.

Dans une note que j'ai présentée à l'Académie de médecine, j'ai montré que le délire des anesthésiques se traduit toujours par des actes qui sont ceux de l'individu à l'état de veille; un alcoolique a, sous le chloroforme, un délire alcoolique; un épileptique, des crises d'épilepsie; un hystérique, des crises d'hystérie; un maniaque, une crise de manie. L'anesthésie est l'excitant qui révèle ces états latents, mais cependant qui ne les crée pas.

De même, l'acte opératoire, le choc moral ou physique, qui en résulte, révélera certains états morbides latents, mais ne les créera pas.

C'est ainsi que j'explique les cas de folie apparaissant après des opérations variables.

J'ai eu, après ablation de kystes de l'ovaire, trois cas de manie aiguë. Chez tous ces malades, l'observation relevait des antécédents héréditaires ou des troubles antérieurs.

Chez une malade : dans la famille il y avait une sœur idiote, un frère aliéné; je lui enlève un kyste de l'ovaire : quand elle entre en convalescence, elle est prise d'un accès de manie aiguë, qui la fait enfermer.

Une autre malade est opérée par moi pour un kyste ovarique avec torsion du pédicule. Deux jours après l'opération, je la trouvai dans la chambre de la maison de santé, s'étant levée, profitant de l'absence de sa garde, pour allumer son feu. Cette promenade hâtive ne l'empêcha d'ailleurs pas de guérir. Mais elle aussi quitta la maison de santé pour une maison d'aliénés.

Or, j'appris alors que déjà elle avait été enfermée.

Une troisième malade, opérée par moi à l'hôpital Tenon, est une femme qui, pendant la convalescence d'une opération pour fibrome, devint complètement folle.

Or, depuis longtemps, au dire même de sa famille, c'était une excentrique.

Dans la discussion qui eut lieu il y a deux ans à propos du traitement des prolapsus, j'ai incidemment fait observer que souvent chez les femmes âgées, qu'on opère pour prolapsus, l'opération est suivie de phénomènes de ramollissement cérébral, et de troubles de l'intelligence.

Mais je faisais remarquer que si le prolapsus s'accentue autant passé la cinquantaine, c'est que cette lésion relève de la sénilité du système nerveux et que le ramollissement qui succède quelquefois à nos opérations, en est une preuve.

Or, ici, l'acte opératoire a précipité cette déchéance cérébrale, qui serait survenue probablement plus lentement sans l'acte opératoire.

Nous voyons donc que l'opération, dans tous ces cas, est le facteur qui fait rouler une boule, qui restait sur un terrain bien en pente en équilibre instable, et, à laquelle le moindre choc devait faire quitter sa place.

Mais, à côté de ces malades, existe toute une classe d'individus bien plus intéressants encore à connaître pour le chirurgien; car il doit en faire le diagnostic, ce diagnostic devant lui éviter des opérations inutiles, qui le discréditeraient dans l'esprit du public et de ses confrères.

Je veux parler de ces neurasthéniques, ou de ces hystériques qui ont une phobie douloureuse *sine* ou *cum materia*.

Souvent très intelligentes, jouissant de toute leur raison, en dehors de ce qui touche à cette phobie, ces malades accusent des douleurs, en disproportion toujours avec les lésions qu'on peut leur trouver.

Cette disproportion du symptôme douleur et de la lésion, est l'élément le plus important du diagnostic, je ne saurais trop le répéter.

C'est ainsi que nous voyons des hystériques se plaindre et se

faire enlever des ovaires un peu kystiques, des neurasthéniques ayant un rein mobile, et que rien ne peut soulager, si ce n'est l'opération, un peu de prolapsus utérin, des ptoses de toute nature, qui deviennent la cause de souffrances épouvantables pour elles.

C'est dans la même catégorie de malades, que je rangeais encore la plupart de ces grandes névralgies pelviennes, dont M. Richelot était venu à cette tribune nous entretenir il y a quelques années.

Or, lorsqu'on opère soit par erreur, soit émus par l'expression de leurs souffrances, de pareilles malades, on voit souvent après un mieux trompeur immédiat, survenir d'autres phobies, d'autres troubles mentaux. L'opération faite dans de pareilles conditions est souvent la cause d'une exaspération des phénomènes cérébraux, mais là encore, elle ne les crée pas.

Comme le faisait remarquer M. Picqué, plus la malade est gravement atteinte, plus nos suites opératoires sont bonnes, plus les malades sont reconnaissantes de nos soins.

Ce sont, au contraire, les opérations faites pour des lésions, petites en apparence, qui, le plus souvent, sont suivies d'une exaspération de troubles hystériques ou de vésanies.

Et dans cette constatation on trouve la confirmation de ce que j'ai dit plus haut en insistant comme élément de diagnostic sur la disproportion de la lésion avec les phénomènes douloureux.

Je vous citerai à l'appui de ces réflexions une observation typique.

Il y a quatre ans, je suis appelé auprès d'une dame, qui à la suite d'un accouchement disait ne pouvoir se lever sans éprouver des phénomènes douloureux, la sensation que tout s'effondrait en elle.

Je constate une vulve béante, une rectocèle, un utérus un peu gros, avec métrorrhagies, mais pas très abondantes.

Je mets les douleurs sur le compte des lésions constatées et ne suis pas assez frappé de l'exagération des souffrances exprimées.

Car pour de pareilles lésions, si les malades se plaignent, toutefois elles ne se condamnent pas au lit pendant de longs mois comme ma malade.

Je la fais venir à Paris, et je l'opère, curettage, colpopérinéorrhaphie.

Immédiatement après l'opération, douleurs très vives dues aux fils, qui cependant restent aseptiques, ne coupent pas.

Rien n'expliquait pareilles douleurs.

Dix jours après l'opération, la malade ne voulait plus recevoir son mari, ne voulait plus voir ses enfants. Je lui donne inutile-

ment de la valériane, et la traite par le drap mouillé. Elle s'améliore. Mais elle quitte la maison de santé, ne perdant plus, sa colpopérinéorrhaphie ayant bien réussi, se plaignant de souffrir au niveau de sa cicatrice, mécontente de moi, et disant qu'elle souffrait toujours. Or, elle n'avait rien aux annexes; rien par conséquent, si ce n'est son état mental, qui pouvait expliquer ses souffrances.

Je la perdais de vue, lorsque quelques mois après elle me revenait, me trouvant chez moi malade, et de force s'introduisant auprès de moi pour me dire qu'elle était guérie, et qu'elle venait me faire connaître le traitement qui l'avait sauvée. C'était le traitement de l'abbé Kneipp. Il est évident que j'avais eu affaire à une phobie provoquée par le prolapsus vaginal, phobie que j'avais méconnue, et qui s'était exaspérée après mon opération.

Or, je ne saurais trop le répéter, très nombreuses sont les malades de ce genre, qui folles viennent réclamer une opération, et que folles laisse cette opération quand elle n'aggrave pas leur état cérébral.

Mais là encore l'opération ne crée rien, elle peut donner seulement un coup de fouet.

Or, devons-nous opérer ces malades? Je répondrai oui et non.

Oui, si on ne doit rien supprimer, et si on ne doit que restaurer.

Non, si on doit supprimer.

Je continuerai à proposer des curettages ou des périnéorrhaphies des néphropexies, etc.

Par ces opérations, je cherche en effet à supprimer la cause de la localisation de la phobie, que je traiterai en même temps. L'opération peut même dans quelques cas être un mode de traitement.

C'est ainsi que j'ai vu quelques collègues s'émerveiller sur les résultats des laparotomies exploratrices, qui chez quelques malades en agissant moralement supprimaient les douleurs.

Mais je deviens de plus en plus ennemi des ablations d'ovaires kystiques avec trompes saines, chez des femmes jeunes. Je préfère les traiter par les douches, la valériane, et, si j'y suis absolument forcé, par l'ignipuncture.

Si j'hésite à les opérer, c'est que je sais que les ovaires enlevés, d'autres points douloureux se formeront au niveau des pédicules, et que la suppression des ovaires de cette nature est presque toujours suivie de troubles hystériques, ou d'états névropathiques.

Ici se pose l'influence de la menstruation sur le système nerveux.

Cette influence est indéniable. Elle a été étudiée par nombre d'observateurs, et les faits surabondent qui la démontrent.

Au moment de la puberté se manifestent le plus souvent les premiers symptômes d'hystérie.

Les femmes mal réglées ont des troubles nerveux relevant encore de cette cause. Leur système nerveux par contre se calme avec la régularisation de la fonction menstruelle. Après la ménopause, la neurasthénie qui survient montre encore l'influence des organes génitaux sur le système nerveux.

Sur l'homme ne voyons-nous pas également les cryptorchides toujours nerveux hystériques. De même que les petits testicules coincident avec un tempérament nerveux, et que leur suppression peut occasionner des troubles mentaux bien connus.

Chez la malade dont j'ai déja parlé au début, qui, devenue folle, avait été menée dans une maison de santé, les règles avaient été supprimées, et cependant je n'avais enlevé qu'un ovaire. Dans cette maison de santé, un jour je fus appelé auprès d'elle par sa famille. Elle avait un accès de manie aiguë, et le médecin qui la soignait portait un pronostic très grave. Or, en commémorant les dates je m'aperçus que cette aggravation des symptômes délirants correspondait à une époque de règles.

Je conseillai à tout hasard cinq à six sangsues à la vulve. Or, à la suite de cette émission de sang, les phénomènes s'amendèrent. On la répéta, la malade alla mieux. Les règles se rétablirent, l'accès de manie finit par guérir, et la malade sortit de la maison de santé.

Examinés en bloc, tous ces faits amèneraient à conclure que la folie peut résulter de désordres de la menstruation et de sa suppression, par conséquent que nos interventions sur les annexes pourraient être imputables de délires.

Raisonner ainsi serait cependant se tromper.

La lésion ovarienne, l'ovaire kystique amenant des troubles de menstruation, provoque surtout l'hystérie. De même la monorchidie ou la cryptorchidie provoque le même état général.

La neurasthénie, c'est-à-dire la folie avec idées fixes, vient surtout après la ménopause, lorsque les règles s'arrêtent tout à fait.

Or, dans le premier cas, il y a lésion irritative, dans l'autre suppression ; l'irritation produit donc l'hystérie, la suppression la psychose.

Mais, même dans ce dernier cas on peut faire remarquer que ce n'est que chez les prédisposées que l'arrêt de la menstruation a cet effet désastreux. Nombre de femmes heureusement échappent à ces troubles de l'intelligence.

Nous pouvons donc dire que là encore l'arrêt de la menstruation ne semble être que la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Pour devenir fous ou folles, il faut une prédisposition et nous pouvons conclure que l'acte opératoire, même en s'attaquant aux

ovaires, s'il peut quelquefois être la cause occasionnelle de la psychose, ou si quelquefois il peut l'aggraver, jamais ne fait naître en entier cette psychose.

M. Ch. Monod. — J'ai eu trois fois (1) occasion d'observer des troubles psychiques post-opératoires, mais je le dis tout de suite, deux de ces faits, ou peut être même un seul, sont à retenir comme appartenant vraiment au groupe de faits sur lesquels M. Picqué, a attiré notre attention.

Je les mentionne tous trois cependant, ne fût-ce que pour montrer, après M. Picqué, combien facilement on peut attribuer à l'intervention opératoire des accidents qui ont une autre origine.

Obs. I. — *Ovariotomie. Délire aigu consécutif, probablement d'origine urémique, mort.*

J'étais appelé en janvier 1887, par mon excellent confrère et ami le Dr Valmont, à voir une dame de cinquante-trois ans, atteinte de kyste de l'ovaire.

La malade, de bonne santé habituelle, ne présentait en apparence aucune tare, héréditaire ou personnelle, contre-indiquant une intervention.

La laparotomie proposée et acceptée, fut pratiquée le 18 janvier 1887, avec le concours de nos collègues Pozzi et Terrillon.

L'opération fut sans incidents. Il s'agissait d'un double kyste inclus dans chacun des deux ligaments larges, volumineux à droite, gros comme une orange à gauche. Ablation à l'ordinaire. Fermeture de la paroi sans drainage.

Je transcris pour les jours qui suivirent, les notes prises par moi à chaque visite.

18 *janvier.* — Soir, T. 37°,7, P. 88. Un peu d'agitation. Se plaint d'avoir trop chaud. N'a pas vomi.

19 *janvier.* — Matin, T. 37°5, P. 100. Soir, T. 39°, P. 104. Aurait eu deux ou trois « crises nerveuses » dans la nuit, facies rouge, injecté. La malade est agitée, nerveuse. Pas de douleur de ventre. Pas de gaz.

20 *janvier.* — Matin, T. 39°,5, P. 106. Soir, T. 39°, T. 104. Facies reste rouge, mais bon, pas péritonitique. La malade est de plus en plus « nerveuse ». Elle devient défiante, prend en grippe sa garde, à qui elle avait jusqu'alors fait le meilleur accueil.

Aucune douleur de ventre. A rendu des gaz. Ni nausées ni vomissements. Malgré la température élevée, l'état ne semble pas inquiétant.

(1) Je pourrais dire *quatre fois*, car j'ai le souvenir très net d'une malade opérée par moi d'*amputation du sein*, qui, sans accidents locaux, et par conséquent, sans trace d'infection, fut prise pendant son séjour à l'hôpital, quelques jours après l'intervention, de troubles vésaniques qui se terminèrent par la mort; mais l'observation écrite a été perdue, et, faute de détails suffisants, je ne la cite que pour mémoire.

21 *janvier.* — Matin, T. 39°5, P. 100. Soir, T. 39°,5, P. 100. Même état qu'hier.

Calomel, 0,50. Une bonne selle liquide.

22 *janvier.* — Matin, P. 38°,2, T. 100. Soir, T. 38°. P. 112. *Excitation extraordinaire.* La malade ne cesse de parler; sans délire encore.

23 *janvier.* — Matin, T. 37°8, P. 104. Soir, T. 39°1, P. 108. Nuit bonne jusqu'à 5 heures du matin. Mais depuis, se remet à parler sans cesse et sans raison. Vrai délire.

24 *janvier.* — Matin, T. 37°5, P. 136. A été *extraordinairement agitée* cette nuit jusqu'à 1 heure du matin. Piqûre de morphine qui ramène le calme et le sommeil jusqu'à 6 heures.

Depuis, elle est réveillée, mais refuse de parler; elle ne paraît pas me reconnaître.

A 1 heure après midi. — T, 37°,7, P. 148. De nouveau, *agitation extrême, loquacité.* Face vultueuse, pupilles punctiformes. La malade ne reconnaît plus personne.

A 6 heures soir. — T. 37°, P. 136. Je trouve la malade dans le coma. Elle n'en sort pas jusqu'à la mort, qui a lieu à 7 heures du matin, le 25 janvier.

Avec le Dr Valmont, je lève le pansement sur le cadavre — immédiatement après la mort. — Nous constatons que le ventre est absolument souple et plat, sans apparence par conséquent de péritonite, que de plus, la plaie, sans trace de réaction locale, est réunie *per primam.*

Recherchant la cause de ces accidents, dont nous avions peine à nous expliquer la nature, nous eûmes l'idée de recueillir, pour l'examiner, l'urine contenue dans la vessie. Elle renfermait une *quantité considérable d'albumine.*

Remarques. — Cette constatation *post mortem* permit de rapporter la mort à sa véritable cause. Il me semble probable, en effet, que cette malade a succombé à une attaque d'*urémie à forme délirante.* Il est bien certain, d'autre part, que si cet examen n'avait pas été fait, ce cas aurait été rangé parmi ceux de *manie aiguë post-opératoire.*

Obs. II. — *Fracture compliquée de jambe. — Septicémie. — Amputation de cuisse. — Délire et troubles psychiques, guérison* (1).

Azon, palefrenier, trente-sept ans. Entre le 15 mai 1895, à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Monod, pour une fracture compliquée de la jambe gauche.

Antécédents héréditaires. — Père vit encore; bien portant; pas nerveux. Mère, un peu nerveuse, pas de crises hystériques. Frère et deux sœurs, rien à noter. Une troisième sœur serait morte avec des accident nerveux; pas de renseignements précis.

Antécédents personnels. — Jamais malade, sauf fièvre typhoïde, à vingt-trois ans. Ni syphilis, ni alcoolisme. Pas d'enfants.

(1) Observation recueillie par M. Venot, interne de service.

État actuel. — Pansé immédiatement par un médecin, sans antisepsie suffisante. Points de suture. Appareil de Scultet, et envoi à l'hôpital.

16 *mai.* — On constate une fracture des deux os, à 10 centimètres au-dessus des malléoles. Plaie de 5 centimètres, communiquant avec le foyer.

Débridement de la plaie, lavage à l'eau phéniquée. Appareil plâtré.

30 *mai.* — Malgré ces soins, le foyer suppure. La température s'élève à 41 degrés le soir. Pouls à 120. Langue sèche. Dyspnée légère.

3 *juin.* — Etat de prostration assez marqué. Pour la première fois un peu de *délire* calme. Petit frisson.

6 *juin.* — L'état général s'aggrave. Le *délire* devient continu. Délire calme. Hallucinations; il voit des chevaux à la porte de la salle, offre de se lever pour les conduire. Puis, phrases sans suite : « qu'il s'ennuie ici, qu'il veut s'en aller, pourquoi qu'on le garde ici ».

Amputation de cuisse (8 juin). — Soir, T. 40°,4. Le *délire* est plus violent. Le malade cherche à arracher son pansement. Chloral. Alcool.

12 *juin.* — Même état depuis quatre jours. *Délire* constant, tantôt calme, tantôt agité. Le malade urine sous lui. Diarrhée.

13 *juin.* — Mieux. Le malade demande l'urinal. Un peu d'albumine dans l'urine.

14 *juin.* — Pansement. Bon aspect de la plaie.

15 *juin.* — La température est tombée à 36°,7. *Mieux sensible.* Le malade reconnaît sa femme et les personnes qui le soignent habituellement.

16 *juin.* — Même bon état pendant ce jour. *Moins grande agitation.* La nuit, il veut arracher son pansement, descendre de son lit, etc.

17 *juin* (soir). — *Violent accès de délire* ayant duré à peu près vingt minutes; le malade se débat violemment, crie.

Toujours un peu d'albumine dans l'urine.

19 *juin.* — Pansement. Ablation des points de suture. Réunion parfaite sauf au niveau du drain.

23 *juin.* — Il y a deux ordres de faits à considérer chez le malade au point de vue mental : un délire surtout nocturne, et un état psychique particulier dont on se rend compte en l'étudiant de jour, lorsque le délire n'existe pas.

La physionomie est terreuse avec une expression déprimée. Le malade est insouciant, paraît ignorer l'opération qu'il a subie. Il est content, satisfait, vivant sur ces deux idées, qu'il va avoir une pension et qu'il va aller à la campagne.

Si on lui demande comment il va, il répond invariablement d'un air béat : Ça va bien. — Vous ennuyez-vous ici? — Pourquoi voulez-vous que je m'ennuie? répond-il avec un sourire bête.

Il croit être « en 1893 », au « quatrième mois de l'année », « au mois de mai », mais il ne sait quel jour du mois, et cependant, il lit tous les jours un journal.

Ces questions, posées plusieurs jours de suite, amènent toujours la même réponse.

Il se rappelle qu'il a eu un accident, mais sans aucun détail; ne se souvient pas qu'il a été opéré deux fois.

Il se croit à l'hôtel ou chez l'interne qu'il reconnaît bien et dont il sait le nom. Mais il ne connaît ni le nom de la salle ni celui de l'hôpital.

L'interne lui ayant amené (le 20 juin) un de ses collègues, il le reconnaît très bien, trois jours plus tard, et se rappelle son nom.

Déjà, depuis le 10 juin, il reconnaît sa femme, sa belle-fille, les infirmières, l'interne.

Il y a des troubles de langage. Il peut répéter dix fois de suite « artilleur d'artillerie » sans attacher d'importance à ces mots. Il lit mal, en bredouillant et en hésitant. On remarque, au moment où il va prendre la parole, une trémulation des muscles de la lèvre inférieure. La langue tremble un peu, mais en somme peu de gêne de la parole.

Lorsqu'on lui demande d'écrire, il y arrive péniblement (il n'a jamais, du reste, écrit facilement); il répète, en écrivant, des lettres et des chiffres, par exemple : « Les capricices de la fououdre », « Desiiree Azonn », « 887 pour 87 ».

Les facultés de jugement sont diminuées; le moindre raisonnement lui demande un effort pénible.

En temps ordinaire (en dehors des accès de délire) il est doux, calme, mais sans grande volonté.

Le *délire* se surajoute à cet état mental. Longtemps ce délire commençait vers 8 heures du soir, pour durer jusqu'à l'aube. Il existait aussi quelquefois dans la journée, mais moins fréquent, moins violent et plus court.

Un matin, il se lève sur son lit, hagard, et dit : « Je m'en vais, pourquoi me garde-t-on ? Je ne veux plus rester ici. »

Un autre matin (vers le 10 juin), il dit tranquillement à l'interne : « Il y a des chevaux là qui vous ennuient; si vous voulez, je vais me lever et les emmener. »

Pendant le délire, il émet des paroles sans suite ou interpelle des chevaux.

Plusieurs fois il a cassé son bocal, défait son pansement, brisé la planche qui est à la tête de son lit.

Il y a, en somme, deux hommes en lui, un agité avec crises rappelant celles du délire alcoolique, et un vésanique à équilibre mental troublé. (Nous dirons plus loin que le malade n'était pas alcoolique.)

Ajoutons qu'à cette même date (23 juin), les pupilles réagissent bien à l'accommodation et à la lumière; que le foie est plutôt petit, la rate normale; les matières fécales n'ont jamais été décolorées; cœur et poumons sains. Il n'y a pas d'albumine dans les urines, mais beaucoup d'urobiline (que l'on n'avait pas cherchée antérieurement.)

25 *juin*. — Le malade se rend compte, pour la première fois, de l'opération qu'on lui a faite. « On aurait mieux fait, dit-il, de me laisser mourir avec ma jambe; comment vais-je gagner ma vie ? » Mais ne paraît pas très désolé.

27 *juin*. — Dans la nuit, accès de délire violent pendant lequel A... a cassé son bocal, son urinal, la planche de son lit.

29 *juin*. — Les deux dernières nuits, pas de délire, sommeil calme.

Aujourd'hui, on l'a porté dans un fauteuil dans la cour... « Êtes-vous chez vous, avenue La-Motte Piquet? » — « Non, je suis faubourg Poissonnière. » — « Non, vous êtes faubourg Saint-Antoine. » — « Oui, faubourg Saint-Antoine, je me trompais. » — « Et où êtes-vous? » — « Dans une caserne. » — « Non, dans un hôpital. » — « C'est ce que je voulais dire. »

1er *juillet.* — Le soir, agitation. Il veut s'en aller chez lui, coucher avec sa femme « et s'en aller sans canne, bien que ce soit loin, près de l'école militaire ».

Un interne, qu'il a vu déjà trois fois, vient le voir à ce moment; il le reconnaît très bien, il se rappelle son nom.

A minuit, il cherche à sauter à bas de son lit, sa femme l'attend. Un peu plus tard, il dit que sa femme est là, qu'elle est venue le chercher. — A 1 heure, il raconte qu'il devait conduire un cheval pour le vendre à un médecin, dont le nom lui échappe; il n'a pu conclure l'affaire et veut rentrer chez lui. — A 2 heures, il essaie encore de sauter par dessus les planches de son lit. — Enfin, à 2 heures 1/2, il s'endort d'un sommeil calme, jusqu'au matin.

2 *juillet.* — On a pu aujourd'hui avoir, par la personne qui employait le malade, quelques renseignements sur ses habitudes et sur son état psychique antérieur à l'accident.

Depuis neuf mois, il était palefrenier dans une maison faisant des transports. Il avait 20 chevaux à soigner, mais aucune initiative à prendre, quelque petite qu'elle fût. Il gagnait bien sa vie. C'était un homme très tranquille, bon ouvrier, assez simple d'esprit.

A son arrivée à l'hôpital, lorsqu'on lui a dit qu'il fallait l'endormir pour réduire sa fracture et la panser, il refusa tout d'abord, sans donner de raison; mais il suffit de lui parler un peu sévèrement pour l'amener à accepter ce qu'on voulait.

Depuis et jusqu'au moment où le délire s'est établi, il s'était montré malade très facile, toujours content, sans exigences. Il nous avait produit l'impression d'un homme peu intelligent, faible de caractère, mais sans imbécillité.

Au point de vue de l'alcoolisme, son patron, sa femme, lui-même nous ont affirmé à plusieurs reprises qu'il ne buvait pas. Il n'a, au reste, jamais présenté de signes d'alcoolisme. Lors de son traumatisme, pas plus qu'après les deux interventions subies, il n'a eu d'accès de *delirium tremens.* Enfin, l'anesthésie a été facile, sans agitation, peu longue à obtenir.

5 *juillet.* — Mieux sensible. La figure est plus animée; depuis le 1er juillet au soir, le délire a cessé. Le malade sait l'année, le mois, le jour où nous sommes, le lieu où il se trouve, le nom de la salle, etc... Déjà, il y a quelques jours, il s'était rendu compte que l'on se plaignait autour de lui du bruit qu'il faisait la nuit, et avait demandé à être mis dans une salle à part.

Il se rappelle son accident, mais d'une manière imparfaite, il croit qu'on l'a amené ici sans sa jambe.

Il écrit bien. Il n'a plus de tremblement des lèvres en parlant. Il se

souvient de tout ce qu'on lui dit. Sa raison paraît complètement revenue.

Il n'y a plus d'urobiline dans l'urine.

25 *juillet*. — Le malade quitte l'hôpital en très bon état. Il a notablement engraissé depuis quinze jours.

Il a de nouveau toutes les allures d'un homme sain d'esprit.

Il a été revu quelques semaines plus tard, en même bon état.

Remarques. — J'ai rapporté cette observation avec détail parce que son interprétation ne me semble pas très facile.

On me dira sans doute que ce fait doit être classé parmi les faux délires post-opératoires; que les troubles cérébraux observés doivent être rapportés à la septicémie certaine qui a suivi la suppuration du foyer de la fracture.

Je ferai remarquer cependant que j'ai vu, avant et pendant la guerre de 1870, avant la période antiseptique, bien des cas de septicémie, mais jamais rien qui ressemble aux accidents survenus chez ce malade.

Il semble qu'il y ait eu chez lui un trouble intellectuel à forme particulière, sur la nature duquel mes connaissances en aliénation mentale et en pathologie cérébrale ne me permettent pas de me prononcer, mais qui me paraît sortir du cadre des délires purement septicémiques.

Ma dernière observation peut être bien plus brièvement rapportée.

Obs. III. — *Hystérectomie abdominale totale pour fibrome. — Six mois plus tard, folie (délire de persécution).*

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, à qui j'ai enlevé, en février dernier (1897), à Saint-Antoine, par hystérectomie abdominale totale, un volumineux fibrome.

Cette dame avait déjà été opérée par moi, en ville, onze ans auparavant, pour un fibrome intra-utérin, extrait par les voies naturelles après débridement du col (1).

Elle était, à cette époque, parfaitement saine d'esprit; et l'opération subie n'avait été suivie d'aucun trouble. Bien au contraire, grâce à la cessation des hémorrhagies abondantes dont elle souffrait, sa santé générale s'était améliorée.

Mais depuis lors, elle avait perdu son mari; elle restait seule au monde. Il paraît qu'elle avait eu aussi quelques revers de fortune.

Rien cependant n'attirait l'attention sur son état psychique. Son médecin ordinaire, mon ami le Dr Rémond, qui avait assisté à la première opération, et m'adressait à nouveau la malade, qui par conséquent la connaissait et la suivait depuis longtemps, m'écrivait dernière-

(1) La pièce et la relation de la première opération ont été présentées à la Société de Chirurgie en 1886 (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1886, t. XII, p, 768).

ment que jamais ni chez elle, ni dans sa famille, on n'avait jamais rien constaté qui relevât de l'aliénation mentale.

Je dois dire cependant, que pendant son séjour à l'hôpital elle nous avait paru particulièrement excitable et par moments presque violente. Elle redoutait beaucoup l'opération qu'elle devait subir. Au moment d'y procéder, elle fut prise d'une telle agitation, que je déclarai renoncer à l'intervention et quittai sa chambre. Elle me fit rappeler au bout de quelques instants, me demandant pardon, et se laissa endormir sans autre protestation.

Plus tard, pendant la convalescence, elle se montra souvent difficile, aisément mécontente de tout et de tous. De plus, à peu près complétement remise, elle allait trouver les malades voisines du pavillon, qu'elle savait sur le point d'être opérées, les effrayait, leur disait qu'elle avait eu bien de la chance de « n'y être pas restée », qu'il n'en serait sans doute pas de même pour les autres, et les poussait à quitter l'hôpital. Si bien que je dus hâter son propre départ.

Je l'avais depuis lors perdue de vue, lorsqu'en novembre dernier (1897) elle arrive chez moi, l'air sombre, égaré. Ses premiers mots furent : « Voyons, qu'est-ce qu'il y a donc ? on a changé votre domestique »,elle me laissait entendre que je lui avait tendu quelque piège. Elle me parla aussitôt d'ennemis imaginaires qui la poursuivent, des dangers qu'elle court dans la rue, des embarras de voitures que l'on crée à plaisir devant elle pour l'empêcher d'avancer, tout cela mêlé à la crainte d'être impliquée dans l'affaire Dreyfus, qui commençait alors à agiter les esprits.

Bref, elle était évidemment en proie au délire de persécution.

Deux mois plus tard, elle revenait ; plus calme mais non moins délirante. Elle semblait profondément malheureuse et se mit à pleurer ; me supplia de venir à son secours, et quand je lui demandai à quel sujet, ne me répondit que par des soupirs. Elle a, de plus, de véritables divagations ; elle nie avoir été opérée, ou du moins ne croit pas l'avoir été par moi ; affirme que son mari n'est pas mort, qu'on le lui cache et qu'elle saura bien le retrouver, etc.

J'ai su depuis que cet état datait du mois d'octobre (1897). La malade avait été prise aux magasins du Louvre d'une crise de kleptomanie. Arrêtée, conduite au poste, elle avait été presque aussitôt relâchée, après informations recueillies chez elle. Elle racontait plus tard n'avoir commis ce vol que pour se venger du magasin, qui lui avait manqué une robe ! preuve d'un esprit déjà dérangé. Ensuite est venu le délire de persécution dont je vous ai parlé, qui dure encore, mais qui semble, aux dernières nouvelles reçues, en voie de diminution.

Remarques. — S'agit-il bien là d'un cas de *folie post-opératoire ?* l'ablation de l'utérus et de ses annexes est-elle, en fait, la cause du dérangement intellectuel ?

Il semble *a priori* qu'il faille répondre à cette question par l'affirmative. La malade en effet ne présentait, en apparence, dans ses antécédents héréditaires et personnels, rien qui fût de

nature à faire craindre l'apparition des troubles mentaux. Et, d'autre part, ceux-ci ont éclaté à une époque relativement rapprochée de l'intervention.

Je ne crois pas cependant qu'il faille se hâter de conclure en ce sens.

Les utérus enlevés se comptent par centaines, pour ne pas dire par milliers, et cependant les accidents du genre de ceux que je viens de rappeler demeurent infiniment rares, au point que l'on est tenté de dire que, pour qu'ils se produisent, il faut certaines prédispositions héréditaires ou acquises.

Les prédispositions héréditaires font défaut dans mon cas; mais en est-il de même des acquises?

Ne faut-il pas en effet tenir compte chez ma malade : de la mort de son mari qui la laissait absolument isolée? de la perte ou du moins de la grande diminution de sa fortune? de l'obligation où elle a été, à son grand chagrin, de se faire admettre dans un hôpital? de la crainte qu'elle avait d'une opération, à laquelle elle ne se soumettait qu'à regret?

N'y a-t-il pas dans ces diverses circonstances des éléments de perturbation et de dépression mentale suffisants pour expliquer ce qui est advenu?

Je pose la question — sans la résoudre — faisant appel, pour la réponse à donner, à de plus compétents.

Il m'a semblé du moins que cette observation comme la précédente constituaient des documents intéressants à apporter dans la discussion ouverte devant vous par M. Picqué.

Rapport.

Corps fibreux volumineux de la lèvre postérieure du col; prolapsus de l'utérus; hystérectomie partielle, par M. le D[r] BUFFET, chirurgien en chef de l'hôpital d'Elbeuf.

Rapport par M. LEJARS.

Notre confrère, M. le D[r] Buffet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Elbeuf, nous a envoyé une intéressante observation, qu'il intitule « Corps fibreux volumineux de la lèvre postérieure du col; prolapsus de l'utérus; hystérectomie partielle », et qui, en dehors même de son caractère un peu exceptionnel, soulève quelques points importants de l'évolution des corps fibreux utéro-vaginaux.

Voici le fait, en résumé. Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, gravement anémiée par des métrorrhagies déjà anciennes et

qui, depuis six mois, avait la sensation d'une masse remplissant le vagin et cherchant à descendre, à s'échapper au dehors. Le 7 décembre 1895, l'expulsion avait eu lieu : une énorme tumeur avait été projetée hors de la vulve, et pendait entre les cuisses, retenue en haut par un pédicule. Quand M. Buffet examina la malade, le lendemain, elle était dans un état très alarmant : le pouls petit, la face « d'une pâleur de cire », les traits profondément altérés, vomissant depuis le matin. La tumeur, qui prolabe hors de la vulve et repose sur le plan du lit « ressemble assez, comme forme, à une langue de bœuf fumée, à grosse extrémité supérieure », mais elle est deux fois plus volumineuse ; elle est noirâtre et « sa surface extérieure présente de nombreuses traces de sphacèle » ; un pédicule gros et très court la relie au vagin. Après avoir pensé à un polype utérin, à une inversion utérine, notre confrère finit par « découvrir l'ouverture du col, entièrement effacé et entr'ouvert à la partie antérieure et moyenne de la masse », et il s'arrête au diagnostic de fibrome de la lèvre postérieure du col, ayant entraîné par son poids l'utérus et produit un prolapsus complet. Séance tenante, et sans chloroforme, il applique un serre-nœud autour du pédicule de la tumeur, près de la vulve, et la sectionne ensuite, couche par couche, au thermocautère. Le lendemain, le vagin s'était reconstitué, et le serre-nœud était remonté à 6 centimètres ; on l'enlève. Dès lors, la guérison se produit, retardée pourtant par une fistule vésico-vaginale, qui se montre au huitième jour, « produite par gangrène », ajoute notre confrère. On la ferme, six semaines après l'intervention primitive, et le rétablissement est complet. Quant à la tumeur, elle pesait 3 kilogr. 350, occupait la lèvre postérieure du col, et se composait d'un gros corps fibreux, entouré de tissu utérin. »

En somme, M. le Dr Buffet s'est trouvé en présence d'un fibrome pédiculé de la lèvre postérieure du col, de volume exceptionnel, longtemps inclus dans le vagin, brusquement prolabé avec l'utérus, et, de plus, partiellement sphacélé. C'est là un document à inscrire au chapitre des fibromes à développement vaginal.

De fait, ces tumeurs fibreuses énormes, qui remplissent le vagin, distendent la vulve, prolabent, quelquefois brusquement, entre les cuisses, se rapportent à deux variétés principales : 1° les polypes endo-utérins, qui dilatent et traversent le col, assez souvent d'une façon temporaire et intermittente au début, et finalement s'épanouissent dans le vagin ; 2° les fibromes, pédiculés ou sessiles, implantés sur l'une ou l'autre des deux lèvres du col.

Les tumeurs de la première variété constituent ces énormes polypes utéro-vaginaux, dont M. Pozzi traçait l'histoire en 1885.

Leur volume est parfois extraordinaire et contraste avec la minceur relative de leur pédicule; sur une femme de quarante-quatre ans, que j'opérai, en 1892, à la Pitié, les grandes lèvres étaient écartées par une tumeur arrondie, sphéroïde, grisâtre, qui ressemblait à une tête de fœtus, et qui proéminait à l'extérieur, au moindre effort : tout le vagin était distendu, et le doigt ne pouvait pénétrer qu'avec peine, et à une trop courte distance pour donner un renseignement précis sur l'implantation du polype. Je saisis la masse entre les branches d'un forceps à dents de brochet, introduites l'une après l'autre, et je constatai que la tumeur se prêtait à un mouvement de rotation très étendu et très facile; je poursuivis cette rotation sur place, sans tirer, et je m'aperçus bientôt que le pédicule était rompu. L'extraction exigea une véritable manœuvre obstétricale. Quant au pédicule, il était à peine gros comme le petit doigt et allait s'insérer sur la face postérieure de l'utérus. La malade guérit sans incident.

Ces essais de rotation sur place, sans traction, peuvent fournir des données utiles sur le volume du pédicule, lorsqu'il s'agit de tumeurs énormes qui interdisent tout autre exploration directe; mais la pratique la plus générale et la plus simple consiste à en exciser tout de suite un large coin et à poursuivre le morcellement jusqu'à ce que la masse soit assez réduite pour qu'on puisse en voir et en sectionner le point d'implantation.

Le pédicule est d'ordinaire court et assez large, dans les fibromes d'implantation cervicale; de plus, l'une des lèvres du col reste reconnaissable, et c'est précisément grâce à cette constatation que notre confrère a pu déterminer la nature de la tumeur, d'aspect étrange, qu'il avait sous les yeux.

Ce qui contribuerait, ici, à rendre cette première apparence un peu déconcertante, c'était la coloration noirâtre de l'énorme masse, sa surface gangreneuse. Le sphacèle est, en effet, une complication assez fréquente des polypes utéro-vaginaux, pour que nous nous y arrêtions un instant. On observe, en pareil cas, deux types de sphacèle : le sphacèle superficiel, celui de la coque utérine qui enveloppe le fibrome pédiculé; le sphacèle total en masse, dont nous avons observé récemment un frappant exemple; les complications gangreneuses sont toujours graves, et d'autant plus que l'obstruction du vagin fournit à l'infection utérine et à la résorption des produits septiques des conditions plus favorables.

La malade de M. Buffet était profondément infectée, comme en témoigne l'observation. Il en était de même chez une femme de trente-quatre ans, que nous avons opérée, à l'hôpital Beaujon, en mai 1896 : elle aussi, souffrait et perdait du sang, depuis longtemps, depuis quatre ans; dans les derniers mois, les pertes étaient

devenues très fétides, et tous les phénomènes de la septicémie chronique avaient paru : très pâle, de teinte jaunâtre et le visage flétri, comme une cancéreuse, cette jeune femme était tombée dans une véritable cachexie : obligée de garder le lit, elle vomissait tout ce qu'elle prenait, et, comme il arrive si souvent en pareil cas, on avait pensé au cancer utérin. Or, le vagin était encombré par un énorme polype fibreux, de surface noirâtre et putrilagineuse qui se prolongeait très haut dans l'utérus dilaté et agrandi : il fut morcelé, et le pédicule, qui s'implantait au fond de la cavité utérine, simplement sectionné aux ciseaux; un abondant lavage et un tamponnement iodoformé terminèrent l'intervention, et, une fois supprimé ce foyer septique, la guérison fut rapide. Ici encore, le sphacèle portait sur la coque de la tumeur; le centre fibreux avait conservé son aspect et sa consistance, et, au voisinage du pédicule, le polype reprenait les caractères de la vitalité.

Autrement graves sont les faits de gangrène en masse, rapide, qui transforme toute la tumeur en une bouillie fétide et s'accompagne d'accidents septiques suraigus. C'est ce qui eut lieu chez une femme de quarante-neuf ans, que nous avons opérée le 16 mars dernier. Depuis trois ans, cette femme avait, entre ses règles, une sorte d'écoulement roussâtre, sans douleur, sans autre phénomène fonctionnel. Le 1er mars, elle fut prise d'une métrorrhagie abondante, suivie du même écoulement : un médecin, consulté, se contenta d'ordonner des injections; cependant l'état général devenait de plus en plus mauvais, la fièvre, des vomissements avaient paru, les pertes étaient devenues d'une fétidité extrême On porta alors le diagnostic de rétention placentaire, et la malade fut envoyée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Ribemont-Dessaignes, où l'on s'aperçut immédiatement de l'erreur. La malade fut transférée en chirurgie; elle était dans une situation critique, s'il en fut : pouls très-petit, à 130, ventre très ballonné, extrémités froides, faciès grippé, subdélire; dès l'entrée du vagin, on tombait dans une masse ramollie, d'une fétidité extrême, qui le remplissait tout entier, et se continuait dans l'utérus, à travers le col dilaté, dont on sentait à grand'peine le rebord sous forme d'une mince collerette. Cette masse présentait toutes les nuances des chairs putrifiées; elle s'effritait à la moindre traction et laissait sourdre un liquide épais, noirâtre. Vider l'utérus de ce putrilage constituait une suprême ressource, la seule d'ailleurs, qui nous restât; et, avec des pinces à traction et des ciseaux courbes, je m'attelai à cette besogne et j'enlevai, par débris, un polype putréfié gros comme les deux poings. Mais il était trop tard, et la malade succomba quelques heures après. A l'autopsie, nous avons trouvé, avec M. Delestre, interne de la

Maternité, qui a présenté les pièces à la Société anatomique, la muqueuse utérine entièrement sphacélée, la surface d'implantation du polype occupant le fond de l'utérus et, à droite, une trompe sphacélée et pleine de pus; le foie était absolument farci, dans toute son épaisseur, de petits abcès miliaires, qu'on retrouvait aussi dans les reins. Ainsi la malade a succombé à une septico-pyohémie, ayant pour origine la gangrène en masse du polype utéro-vaginal. Il n'est pas douteux que, si une exploration régulière eût été faite au début des accidents, on l'eût sauvée par une intervention faite à temps.

Aussi M. Buffet a-t-il eu pleinement raison de pratiquer séance tenante l'extirpation de l'énorme tumeur sphacélée qu'il nous a décrite. Il a cru devoir entourer d'abord le pédicule d'un serre-nœud, avant d'en faire la section au thermo-cautère; c'était là, à notre sens, une précaution inutile, et l'emploi du thermo-cautère, que l'état gangréneux du fibrome justifiait, suffisait amplement à prévenir toute perte de sang. De fait, le pédicule de ces tumeurs, même des plus volumineuses, est peu vasculaire et ne donne, en général, qu'un suintement sanguin insignifiant ou, en tout cas, d'hémostase très-facile, et tous les procédés anciens de section mousse n'ont plus leur raison d'être. Pour nous, nous avons enlevé un très-grand nombre de polypes fibreux ou fibro-muqueux de l'utérus, de toutes les grosseurs, par la section simple du pédicule avec les ciseaux courbes, au ras de l'implantation, et, après un bon lavage avec une solution antiseptique chaude et un tamponnement iodoformé, nous n'avons jamais eu d'hémorrhagie. Dès que l'utérus est vidé de la tumeur qu'il contenait, il se contracte et revient sur lui-même, et s'il existe quelques vaisseaux d'un certain calibre dans le pédicule, l'hémostase se fait par un processus analogue à celui qui suit l'accouchement.

M. Routier. — A propos de l'observation de M. Buffet, je me souviens d'avoir, à plusieurs reprises, eu affaire à des fibromes sphacélés procidents dans le vagin et que j'ai pu enlever sans accidents.

Un cas notamment me revient en mémoire : j'étais en remplacement à l'hôpital Beaujon, on apporta, au moment où je quittais l'hôpital, déjà fatigué par d'autres opérations, une femme de cinquante ans, institutrice, qui avait une fièvre intense, et perdait par le vagin, un liquide infect et sanguinolent. Elle vomissait paraissait commencer des accidents graves. C'est pourquoi je crus devoir intervenir de suite.

Je fis laver le vagin, et morcelai l'énorme masse sphacélée qui

remplissait le vagin. Quand le vagin fut vidé, j'eus à débarrasser l'utérus d'une énorme partie de fibrome resté solide et qui faisait saillir l'utérus au-dessus du pubis.

Le tout enlevé pesait plus de 2 kilogrammes.

La malade guérit.

Hier, j'ai eu affaire à un cas plus complexe.

Une dame de soixante-deux ans savait, depuis 1879, qu'elle avait un fibrome procident, un polype utérin; elle l'a gardé depuis sans en souffrir.

Depuis janvier 1898, elle a vu survenir un écoulement sanieux fétide qui n'a fait qu'augmenter, mélangé, par moment, de pertes de sang considérables.

Quand je l'ai examinée il y a quelques jours, j'ai vu ce polype fibreux procident à la vulve, et rattaché par un pédicule gros comme les quatre doigts à une tumeur énorme sphacélée remplissant le vagin.

Mon doigt explorateur pénétrait cette masse comme du fromage et je ne pus sentir le col.

Je proposai l'ablation rapide et je l'ai exécutée hier; quand j'ai voulu tirer sur le fibrome procident, il est resté dans ma main; j'ai alors essayé de diminuer la masse vaginale; mais aux premiers coups de ciseaux j'ai ouvert un canal séreux, et j'ai dû reconnaître que j'avais affaire à une inversion utérine; j'ai lié les deux annexes, puis abrasant tout ce que j'ai pu de cet utérus sphacélé, sans pouvoir limiter la région du col, j'ai enserré le tout avec deux sondes à Nélaton que j'avais sous la main.

Ma malade va bien, j'espère que ça continuera.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Communications.

I. — *De l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins. Indications et manuel opératoire :* 33 *observations*, 33 *guérisons.*

par M. QUÉNU, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Les immenses perfectionnements apportés par la méthode américaine au traitement opératoire des fibromes utérins, ont fait délaisser, par un certain nombre de chirurgiens, la voie vaginale. Nous nous sommes déclaré, ici même, parmi les premiers, partisan de l'hystérectomie abdominale totale, nous avons adopté et

défendu la technique opératoire de notre maître et ami, le professeur Terrier : les résultats que nous en avons obtenus, dans des cas particulièrement difficiles, nous ont engagé à élargir le champ des indications de l'hystérectomie abdominale aux dépens de l'hystérectomie vaginale ; nous ne croyons pas cependant que cette dernière opération doive être abandonnée, nous concédons, tout au plus, que ses indications doivent être revisables, c'est par cette revision que nous commencerons ce travail, basé sur l'analyse de 33 observations. Il nous a paru d'autant plus opportun de poser cette question devant la Société de Chirurgie, que si tout récemment l'opération rivale a été discutée et exposée dans ses points de technique les plus minutieux, il y a bien longtemps déjà que pareil honneur n'est échu à l'hystérectomie vaginale.

Les deux opérations me paraissent avoir atteint un réel degré de perfection, le moment est donc venu de les comparer et d'établir leurs indications respectives.

Dans un article de la *Semaine gynécologique* de 1896 (leçon recueillie par M. Longuet), je posais, en principe, que le volume de la tumeur n'est pas le seul facteur qui doive entrer en ligne de compte dans le choix de la route à suivre, je faisais intervenir la réductibilité de la masse et spécialement l'état du conduit vulvo-vaginal.

Nous allons reprendre, un à un, chacun de ces éléments. Considérons d'abord le volume. Nous nous rangions à la limite ombilicale, acceptée par la plupart des hystérectomistes, Segond, Pozzi, etc. ; je rappelle ici la formule donnée, par Segond, au Congrès de chirurgie de 1895 : « L'hystérectomie vaginale reste l'opération de choix, tant que le niveau supérieur ne dépasse pas le point de tangence avec un plan transversal, passant par l'ombilic. »

Richelot (1) avait été un peu moins loin et écrivait : « Sont justiciables de la voie vaginale ceux qui n'ont pas un volume excessif et atteignent *tout au plus* l'ombilic. »

Richelot déclare qu'il a enlevé des fibromes de 1,780 grammes ; mais, ajoute-t-il, par des opérations laborieuses, durant une heure et demie et plus.

Doyen a extirpé des utérus fibromateux de 2,000 à 2,200 gr. Segond nous dit être allé au chiffre formidable de 4 kilogrammes. Dans nos opérations, nous avons enlevé des fibromes de 800 et jusqu'à 1,820 grammes.

Nous reconnaissons cependant que, dès que la tumeur dépasse un poids de 12 à 1,500 grammes, la difficulté opératoire s'accroît

(1) *Traité de l'hystérectomie vaginale*, Paris, 1894, p. 356.

dans de telles proportions, qu'il y a peut-être intérêt à choisir la voie abdominale.

A quel niveau correspond un fibrome de 14 à 1,500 grammes? Je ne puis, évidemment, indiquer un point de repère précis, d'autant que la largeur de la masse, sa densité (1) et son engagement dans la cavité pelvienne doivent être pris en considération; mais dorénavant, j'accepterais volontiers pour limite supérieure une ligne sous-jacente à l'ombilic, large de trois bons travers de doigt.

J'insiste encore sur ce point: c'est que le fibrome envisagé est globuleux, d'un diamètre transversal proportionnel à son diamètre vertical, car nous avons enlevé aisément des fibromes dépassant l'ombilic et dont le poids n'excédait pas 1,000 grammes. Enfin, qu'on me permette cette petite remarque, l'ombilic est à une distance variable du pubis, suivant les sujets. Dans une série de mensurations portant sur vingt cadavres, nous relevons un minimum de 13 centimètres et un maximum de 18 centimètres: c'est donc un écart de 5 centimètres. La distance habituelle est de 15 à 17 centimètres.

La multiplicité des tumeurs complique-t-elle l'opération? Oui, pour Segond, qui écrit: « S'il est fort aisé de morceler, en peu de temps, un utérus contenant un fibrome énorme, mais unique, il peut être impossible de fragmenter, sans un labeur de durée excessive, un utérus moins gros, mais bourré de fibromes petits et multiples. » Mes conclusions sont précisément inverses, et cela ressortira de l'exposé de ma technique.

J'insiste peu sur la situation élevée des tumeurs, l'allongement du col, leur défaut d'engagement, leur réductibilité probable, etc., j'arrive à l'étude de la seconde condition aussi importante selon moi, pour la facilité opératoire, que celle du volume de la tumeur, c'est l'état du conduit vulvo-vaginal.

Ce qui domine toute la question, c'est l'extensibilité des tissus constituant le plancher pelvien.

L'hystérectomie vaginale est ordinairement plus facile chez les femmes qui ont eu des enfants que chez les nullipares, plus malaisée, bien que possible, encore, chez les vierges, néanmoins ce n'est pas chez ces dernières que les difficultés atteignent leur maximum. A partir de quarante ans, il se produit chez certaines femmes un processus de sclérose qui envahit, non seulement le

(1) Voici un fibrome que j'ai enlevé ce matin par voie abdominale: il remontait à peine à cinq travers de doigt de l'ombilic (au-dessous), et pourtant il pèse 1,300 grammes, il est dense, massif, calcifié, date de vingt-trois ans; il n'eût pas été morcelable.

conduit vaginal, mais les différents organes constitutifs du plancher pelvien. Il m'a semblé que cette sclérose affectait tout particulièrement cette portion du vagin distante du cul-de-sac de deux à trois travers de doigt ; il se forme ainsi une sorte de rétrécissement par suite duquel les parties molles ont perdu toute souplesse. Je sais que pour l'étroitesse du conduit vulvo-vaginal, on a proposé et fait des débridements : ces débridements s'accomplissent parfois d'eux-mêmes au niveau de l'orifice vulvaire, sous l'influence des tractions de l'écarteur, mais j'approuve, en général, l'exclusion que fait Segond de ces manœuvres, et, d'ailleurs, elles ne seraient pas applicables aux cas de scléroses profondes et cylindriques auxquels je faisais allusion plus haut. La dilatation progressive exécutée plusieurs jours avant l'opération, comme l'a conseillée Doyen, ne me paraît pas non plus une pratique fort recommandable. Pour conclure, je tendrais à rejeter l'hystérectomie vaginale chez les vierges, et je l'excluerais complètement chez les femmes à parois vaginales rigides, à moins qu'il ne s'agisse d'un tout petit utérus fibromateux.

La technique opératoire, suivie par les hystérectomistes, comprend, à mon sens, deux grandes méthodes :

1° Celle dans laquelle on fait l'hémostase préalable ;

2° Celle dans laquelle on ne fait aucune hémostase préalable.

Examinons la pratique des premiers. Elle consiste à ne sectionner l'utérus, soit totalement, soit partiellement qu'après avoir préalablement appliqué les pinces hémostatiques, de sorte que le manuel opératoire peut toujours ainsi se décomposer :

1° Libération ;

2° Pincement préventif ;

3° Section.

Péan, qui est le père de cette méthode, arrivait, de la sorte, à placer dix, vingt, trente pinces et plus.

Les chirurgiens, qui l'ont suivi, ont beaucoup réduit cette hémostase préventive, mais ne l'ont pas tous complètement supprimée.

Ainsi, Segond, Richelot, la plupart des hystérectomistes, continuent à placer latéralement des pinces sur l'étage inférieur des ligaments larges avant de morceler. Lorsque Segond, si j'ai bien compris sa communication au Congrès de Bruxelles de 1892, parle d'évidement central conoïde sans hémostase latérale préalable, cela veut dire qu'il ne place pas de pince sur les côtés du cône qu'il va extirper, mais il continue à pincer les utérines ; en tous cas, dans une leçon publiée depuis, dans le *Progrès médical*, le 13 février 1897, notre collègue continue à défendre le pincement préalable des utérines, qui, dit-il, donne une grande

sécurité sans que les deux pinces nécessaires soient le moins du monde encombrantes.

Nous sommes, pour notre part, l'adversaire absolu de toute hémostase préventive dans toute hystérectomie vaginale; c'est en partie dans le but de la supprimer que nous avons repris, en la modifiant, l'opération de section médiane de Muller.

Nous considérons qu'il y a tout intérêt à ne pas s'embarrasser, dès le début d'une opération, de pinces quelconques. Dans ce but, nous avions pensé, dans nos premières opérations, à remplacer le pincement des utérines par une ligature de ces artères. Nous avons reconnu bientôt que c'était encore là une précaution inutile et nous ne procédons jamais à l'hémostase que lorsque les deux moitiés d'utérus sont dehors, simplement maintenues exsangues par les pinces à traction de Richelot.

Au point de vue de la division que nous avons adoptée au début, nous nous rangeons donc à côté de Doyen, parmi ceux qui rejettent toute hémostase préliminaire.

L'utérus fibromateux, pour peu qu'il dépasse certaines dimensions, ne saurait franchir la filière pelvienne en un seul bloc, même sous l'influence de tractions énergiques, même sectionné en deux moitiés; c'est alors qu'intervient la question du morcellement. Ici, pas de divergences sur la nécessité de réduire, par conséquent de morceler.

Il n'est pas douteux que le mérite sinon de l'invention, du moins de l'appplication de la méthode aux cas qui nous occupent, ne revienne à Péan, mais il est plusieurs façons de morceler.

Je vais exposer la mienne, celle que je crois la meilleure, parce que j'y suis habitué et qu'elle m'a donné des résultats excellents.

La plupart des chirurgiens, après Péan, n'ont pas manqué, quand, morcelant un fibrome, ils rencontraient un petit noyau sur leur chemin, de s'en débarrasser par énucléation.

Ainsi, dans une des premières observations de Péan, rapportée par M. Secheyron (1), nous lisons cette phrase, après avoir dit que l'utérus est littéralement farci de tumeurs : « Je coupe successivement toutes les fibres musculaires qui les recouvrent, et j'en enlève de la sorte plus de cinquante par morcellement et par énucléation; ce travail nécessite l'ablation totale du col et de la moitié inférieure du corps de l'utérus. »

Segond utilise à la fois le morcellement qu'il pratique sous forme d'évidement conoïde et l'énucléation des fibromes rencontrés sur son chemin.

Doyen (2) distingue les cas d'hystérectomie pour fibrome soli-

(1) Secheyron. *Traité d'hystérotomie*, 1889, p. 759.
(2) Doyen. *Technique chirurg.*, 1897, p. 488.

taire et ceux d'hystérectomie pour fibromes interstitiels multiples. Aux premiers, il applique l'incision en V simple ou en V multiples avec morcellement du fibrome solitaire. Pour les seconds, l'auteur combine des sections en V avec l'extraction des fibromes centraux.

Richelot (1) se dirige vers les étages qui contiennent les fibromes en ouvrant bilatéralement le col et en abattant les fragments de tissu utérin qui font obstacle.

On le voit, les opérateurs précédents se sont peu à peu éloignés de la méthode primitive jadis suivie par Péan, et telle que l'exposait à la Société de Chirurgie M. Terrillon, etc., et qui consistait à diminuer la masse hystéro-fibromateuse par une série de prises multipliées à l'infini, nécessitant un temps considérable et une grande fatigue.

Pour notre compte, nous avons systématisé la pratique de l'énucléation en en faisant la base de notre technique opératoire. Après incision complète médiane du col et libération de la vessie, nous continuons par l'hémisection médiane, et nous recherchons, non par des excisions mais par incision simple, les fibromes enchassés dans le tissu utérin. Quand ils ne sont pas trop gros, nous les énucléons sans les inciser : pour cela le doigt passé à leur périphérie les mobilise partiellement, puis une pince ayant saisi le segment mis à jour, nous nous servons, pour les déloger, d'un levier tel que les longs ciseaux courbes ; cette manœuvre, toute brutale qu'elle peut paraître, ne contusionne que le tissu où sont enchâssées les tumeurs, or ce tissu doit disparaître. Lorsque les noyaux fibreux sont trop gros ou trop profonds pour être énucléés en bloc, je les incise d'abord longitudinalement, véritable section médiane, mais en plein tissu fibromateux, et sur les tranches de section qui en résultent, j'applique ensuite de fortes pinces à traction qui amènent rapidement le tout à la vulve. Les pinces à râteau de Péan sont particulièrement commodes pour cette manœuvre. J'ai renoncé aux cylindres de Doyen qui m'avaient au début paru présenter quelques avantages.

L'atteinte des fibromes et leur énucléation étant le but principalement recherché, il est clair que si un fibrome remplit le cul-de-sac postérieur en refoulant le col en haut et en avant, c'est par la mise à jour et l'énucléation du fibrome qu'il convient de débuter.

En somme, ma technique de morcellement se rapproche beaucoup de celle de M. Richelot, avec une tendance peut-être encore

(1) Richelot. *L'hystérect. vag.*, 1894, p. 358.

plus marquée à limiter l'exérèse aux noyaux fibromateux, ce qui fait que lorsque l'utérus s'amène au dehors, hémisectionné au niveau du corps, complètement sectionné au niveau du col, il représente comme une sorte de boîte ouverte dont les parois sont vides des masses qui les occupaient; cet utérus est complet, il est sectionné, mais non morcelé. Arrivé à ce temps opératoire, je complète la section médiane, des pinces à traction de Richelot sont appliquées sur chaque tranche et rejetées en dehors. Il est ainsi très facile, en partant de l'angle utérin, de se diriger vers les annexes et de décoller leurs adhérences si une salpingite compliquait le fibrome, sinon, si l'ovaire est sain, il peut y avoir intérêt à placer ses pinces entre l'utérus et lui.

Pour le placement des pinces, je suis revenu à l'usage de deux longues pinces se doublant, appliquées immédiatement en dehors de l'utérus, et toujours de haut en bas, et d'avant en arrière. Je ne conçois pas beaucoup la pratique de ceux qui ayant appliqué des pinces de bas en haut sur les utérines, placent de haut en bas les pinces utéro-ovariennes. Un point de mauvais pincement existe fatalement à la rencontre des deux.

Pour l'application des pinces, chaque moitié de col étant séparée par une pince à traction munie d'une épingle anglaise, l'index et le médius de la main gauche écarté, embrassent comme une fourche le bord inférieur des ligaments larges pendant qu'un aide tend légèrement le corps de l'utérus, afin de redresser, au maximum, l'angle formé par le col et le corps. Rien de plus aisé alors pour la main droite de faire glisser les deux mors d'une pince le long de la fourche.

Lorsque les quatre pinces sont en place et que les tranches sectionnées ont été thermo-cautérisées, il ne reste qu'à parfaire l'hémostase en pincant la tranche vaginale postérieure s'il en est besoin.

On me pardonnera si je m'arrête un instant sur la façon dont j'installe le pansement intra-vaginal.

L'immense avantage dans l'application antéro-postérieure des pinces, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer antérieurement (1), consiste dans ce fait capital : c'est que les pédicules fatalement destinés à devenir plus ou moins septiques, demeurent, comme les pinces qui les maintiennent, intra-vaginaux. C'est encore pour éviter toute contamination avec les pédicules, que j'introduis dans l'espace séparant centralement les pédicules, un tampon que j'appelle axial et dont le fil d'attache porte une marque ; un ou deux autres tampons sont conduits à la face externe de chaque pédicule qui est ainsi pincé entre deux tampons : un peu de gaze

(1) *Semaine gynéc.*, 1896, p. 51.

iodoformée à l'entrée du vagin pour protéger la muqueuse contre la pression des pinces, un carré d'ouate perdue au milieu et embrassant les pinces et la sonde à demeure et c'est tout.

Tout étant ainsi disposé, les anneaux des pinces s'éloignent du plan du lit, et dès le lendemain la malade peut s'incliner légèrement sur le côté. La forcipressure n'est supprimée que le troisième jour ; le tampon axial n'est enlevé que le huitième ou neuvième jour.

Telles sont les grandes lignes de la conduite opératoire que j'ai suivie. Voici maintenant mes résultats.

Depuis le commencement de janvier 1894, époque à laquelle j'ai adopté la technique précédemment décrite, c'est-à-dire en quatre ans, j'ai eu l'occasion d'opérer par la voie vaginale, 33 fibromes utérins.

Sur les 33 observations, 14 ont été publiées en 1896 par mon élève, M. Peraté, dans sa thèse inaugurale ; 19 sont inédites, j'en donne un très court résumé à la fin de ce travail. Je me fais un devoir d'indiquer de quelle manière j'établis ma statistique, afin que tout oubli, toute cause d'erreur quelconque soient évités : un cahier spécial d'opérations m'est présenté au moment de la signature, par la surveillante de service ; le nom de la malade et la date de l'opération sont inscrits d'avance, je n'ai qu'à mentionner le diagnostic et la nature de l'opération ; l'issue est indiquée par la date de sortie ou la date de décès relatée par la surveillante. J'évite de la sorte toute cause d'erreur pouvant tenir à une omission de fiches ou d'observations. Parallèlement à cette inscription d'office, les observations sont relevées par les élèves du service.

Sur les 19 observations postérieures à la thèse de M. Peraté, 14 sont relatives à des malades opérées à l'hôpital, 5 à des malades opérées rue Bizet.

Le poids des fibromes enlevés a oscillé entre 400 grammes, 700, 800 et jusqu'à 1,820 grammes, poids du plus volumineux qu'il m'a été donné d'enlever.

Chez un certain nombre de malades, les annexes étaient indemnes de toute infection, chez d'autres, l'utérus fibromateux se compliquait de salpingite, et chez l'une d'elles, de quatre à cinq poches suppurées intra-pelviennes, ouvertes au cours de l'opération.

L'état général était variable : quelques malades avaient gardé un bon état général, la plupart étaient des hémorrhagiques, plusieurs étaient tombées dans un état de cachexie profonde.

Au point de vue de la nature histologique, je relève 18 fibromes, un fibrome de date ancienne ayant subi l'évolution sarcomateuse

et qui récidiva huit mois après, un fibrome compliqué d'une ulcération serpigineuse, épithéliale du col.

Les 33 opérations (1) se sont terminées par la guérison; les suites ont été simples chez toutes les malades, sauf une seule. Chez les 32 premières, je n'ai eu à relever ni choc opératoire, ni hémorrhagies, ni occlusion intestinale, ni fistule urinaire. Chez une seule malade, les suites ont été compliquées d'occlusion intestinale. Je vais dire dans quelles conditions et quelle a été ma conduite.

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans opérée à la fin de l'année dernière (1897), pour un fibrome dépassant la symphyse pubienne de cinq travers de doigt, et donnant lieu à des hémorrhagies répétées et abondantes.

L'état général avant l'opération était des plus mauvais; elle était amaigrie, d'aspect cachectique, d'un teint jaune paille, digérait mal, vomissait facilement. Le bas-ventre était douloureux, et l'infection des annexes n'était pas douteuse.

Nous eûmes une alerte chloroformique, l'utérus étant dehors, débarrassé de ses fibromes et muni de ses pinces à traction. On dut faire la respiration artificielle pendant plusieurs minutes, et il est probable que dans les mouvements saccadés et énergiques imprimés au diaphragme, quelques anses d'intestin durent s'infecter au contact des annexes malades, et malgré toutes les précautions prises. Quoi qu'il en soit, les premières suites opératoires ne furent marquées que par des vomissements abondants (23 les premières vingt-quatre heures).

Ces vomissements diminuent les jours suivants; mais leur prolongation le cinquième jour me paraissant anormale, j'enlevai le tampon axial; or, en tirant ce tampon axial, j'amenai avec lui une anse d'intestin qui lui était adhérente, à tel point que je dus l'en séparer, centimètre par centimètre, avec la plus grande prudence. Cette anse était, d'ailleurs, légèrement enflammée et d'aspect dépoli. Je la rentrai dans la cavité abdominale, après l'avoir lavée.

Le lendemain 21 novembre, et le surlendemain surtout, le ventre se météorisa, les gaz se supprimèrent, les vomissements continuèrent, le pouls monta à 150, la température demeurant normale.

Le 23, matin, je me décidai à intervenir. L'anesthésie par l'éther étant obtenue, j'ouvris le ventre par une incision pratiquée dans la fosse iliaque droite; après écoulement d'une certaine quantité

(1) Chez une malade, on commença par lier les pédicules utéro-ovariens par une laparotomie, puis l'aspect des lésions faisant présumer une opération vaginale plus facile, le ventre fut fermé et l'hystérectomie vaginale pratiquée.

de liquide séreux, il se présenta à la plaie une anse d'intestin grêle extrêmement distendue, causant à elle seule le météorisme, car, en l'écartant, je constatai que les autres étaient affaissées : nous avions donc affaire à une occlusion par péritonite d'une seule anse intestinale distendue et coudée, ce que j'appellerai volontiers une péritonite segmentaire. Je fixai rapidement cette anse aux lèvres péritonéales de la plaie par quatre points de suture.

Une heure après, mon interne, M. Baudet, ponctionna l'anse avec un petit trocart; il s'échappa par la canule une quantité de gaz.

Le 24 novembre, le pouls tombait à 110 et la malade rendait les gaz par l'anus.

Le 26, il sort par le point ponctionné un peu de liquide intestinal; on agrandit légèrement cet orifice et il se produit une véritable débâcle liquide.

Dès le 27, l'amélioration s'accentue; la fistule persiste jusqu'au 28 janvier 1898, époque à laquelle elle était absolument oblitérée. La malade quitte le service entièrement guérie et en bon état, le 2 février dernier.

Il est évident que toutes les circonstances qui peuvent favoriser la production d'une péritonite segmentaire, se sont trouvées réunies chez notre malade; il m'a paru intéressant de dire en détail de quelle manière nous nous sommes rendu maître des accidents. Mais je pense qu'il est possible de s'opposer désormais à une complication de ce genre; il suffit, et c'est la conduite que nous suivons depuis, de recouvrir la face péritonéale du tampon axial d'une légère couche de vaseline simple, préalablement stérilisée.

En exposant la méthode et les procédés opératoires que j'ai suivis et mes résultats, je ne prétends, en aucune façon, proclamer que c'est là la meilleure manière de faire; je conclus seulement que, limitée à une certaine catégorie de fibromes, l'hystérectomie vaginale, avec une technique bien réglée, est une bonne opération, qu'il y aurait dommage à délaisser, quelque progrès qu'ait réalisés, en ces dernières années, l'hystérectomie abdominale totale.

Résumé des observations des malades opérées à Cochin depuis la thèse de M. Peraté.

Obs. I. — G. (A.), cinquante ans, entrée le 2 octobre 1896, pour des pertes qui durent depuis plus de deux ans.

Opération le 8 octobre 1896.

Poids du fibrome, 450 grammes.
Sortie le 14 novembre.

Obs II. — P..., âgée de trente-sept ans, entre le 19 octobre 1896, pour une tumeur distante de deux à trois travers de doigt de l'ombilic. Douleurs depuis février dernier.
Opération le 26 novembre.
Poids du fibrome, 825 grammes.
Exeat à la fin de décembre.

Obs. III. — Ph..., trente-huit ans, entre le 16 mai 1896, pertes depuis un an. Douleurs abdominales avec irradiations lombaires, rétention complète d'urine dans les derniers temps, une tumeur dure bombe dans le cul-de-sac vaginal postérieur, par le palper on la sent à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.
Opération le 28 novembre.
Sortie le 23 décembre.

Obs. IV. — O. C..., âgée de cinquante ans, entre au pavillon Pasteur, le 11 janvier 1897.
Tumeur abdominale datant de cinq ans, développement rapide depuis cinq mois. La tumeur paraît avoir le volume d'une tête de fœtus à terme, elle plonge dans le petit bassin et remonte à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.
Opération le 21 janvier 1897.
Poids, 730 grammes.
Sortie le 18 février.

Obs. V. — B..., quarante-neuf ans, entrée le 11 mars 1897.
Douleurs depuis plus de deux ans, rétentions d'urine par intervalles.
Opération le 11 mars.
Sortie le 11 avril.

Obs. VI. — B..., cinquante et un ans, douleurs et hémorrhagies depuis quatre ans, fibrome et salpingite double.
Opération le 8 avril 1897.
Sortie le 16 mai 1897.
On commence par une laparotomie, et on lie les pédicules utéro-ovariens, jugeant que la masse fibromateuse viendra mieux par le vagin, je ferme le ventre et pratique l'hystérectomie vaginale.

Obs. VII. — B. A..., métrorrhagies depuis quelques années, douleurs vives depuis quelques mois, tumeur remontant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.
Opération le 13 mai 1897.
Sortie le 13 juin.

Obs. VIII. — Mme D..., trente-sept ans, entrée le 3 juin 1897.
Métrorrhagies depuis quelques mois, signes de grossesse extra-utérine, masse dure et irrégulière, remontant à six travers de doigts au-dessus du pubis, culs-de-sac vaginaux effacés par une masse annexielle.

Opération le 10 juin 1897.
Sortie le 12 juillet.
Utérus fibromateux, poches péri-utérines pleines de sang (hématocèle), grossesse de trois mois.

Obs. IX. — C..., quarante et un ans, entrée le 8 juillet 1897.
Fibrome avec prolapsus.
Opération le 19 juillet 1897.
Sortie le 21 août.
Poids, 510 grammes.

Obs. X. — G..., âgée de trente-cinq ans.
Utérus fibromateux, ulcération suspecte du col, hystérectomie vaginale le 31 juillet.
Sortie le 29 août.
Récidive épithéliale en décembre 1897.

Obs. XI. — M..., cinquante-deux ans.
Hémorrhagies depuis un an.
Opération le 23 novembre 1897.
Sortie le 25 décembre.
Poids, 720 grammes.

Obs. XII. — Mme B..., âgée de quarante ans.
Hémorrhagies depuis 1893.
Opération le 28 décembre 1897.
Sortie le 10 février 1898.
Poids, 440 grammes.
Obs. XIII. — Mme R...
Opérée le 15 novembre 1897.
Sortie le 3 février 1898.
L'observation est rapportée plus haut au sujet des complications post-opératoires.

Obs. XIV. — Mme B..., âgée de quarante ans, entrée le 3 janvier 1898. Douleurs abdominales depuis plusieurs années, métrorrhagies.
Opération le 10 janvier 1898.
Sortie le 6 février 1898.
Poids du fibrome, 660 grammes.

Observations des malades opérées rue Bizet.

Obs. I. — Mme de la S..., trente-deux ans, subit un curettage en juin 1896. Le 12 juillet, incision par le cul-de-sac postérieur d'une collection pelvienne. La suppuration continue et d'autres abcès se forment jusqu'à la fin de novembre. Fièvre élevée depuis, 39 à 40° tous les soirs. Cachexie profonde.
Opération en décembre 1896. Ouverture de quatre à cinq poches pleines de pus fétide.
Ablation d'un fibrome qui pèse 500 grammes.

La température tombe à 37 le jour de l'opération et ne remonte plus.

Guérison sans incident.

Obs. II. — Mme X..., adressée par le Dr Oberlin.

Salpingite et fibrome (350 grammes).

Opération en avril 1897.

Guérison.

Obs. III. — Mme R..., adressée par le Dr Guyot en juillet 1896. Pertes abondantes. Fibrome constaté il y a plusieurs années par MM. Guyot et Valtat, remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Opération. Guérison. Récidive sarcomateuse quelques mois après.

Obs. IV. — Mme B..., m'est adressée en juillet 1896, avec un fibrome qui remonte à l'ombilic et le dépasse peut-être un peu.

Opération. Guérison.

Poids 1,820 grammes.

Obs. V. — Mme X..., adressée par le Dr Bœhler en décembre 1897. Fibrome sous-ombilical (trois travers au-dessous de l'ombilic).

Hystérectomie vaginale.

Guérison.

II. — *Nouvelle technique de drainage de la cavité péritonéale,*

par M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans).

Le drainage du péritoine après la laparotomie a subi une transformation considérable lors de l'apparition et de la vulgarisation du tamponnement de Mikulicz. Il est cependant loin encore de donner des résultats satisfaisants. Plusieurs modes de drainage sont actuellement concurremment employés par les chirurgiens: les drains en verre, les drains en caoutchouc et enfin le drainage capillaire de Mikulicz.

Les drains en verre présentent des avantages incontestables, le drainage par ce moyen est efficace à la condition d'aspirer toutes les heures ou toutes les deux heures après l'opération les liquides qui s'accumulent dans le tube. Les inconvénients de ce mode de drainage sont plus nombreux encore. Les aspirations répétées exposent à l'infection de la plaie et du péritoine; en outre, les tubes en verre sont difficiles à nettoyer et à stériliser, enfin pour drainer dans la cavité de Douglas, le tube en verre peut amener une compression dangereuse du rectum.

Les drains en caoutchouc présentent comme avantage leur souplesse qui permet à la pression intra-abdominale d'agir sur leurs parois et de favoriser ainsi l'écoulement des liquides au dehors. Malheureusement le drainage ainsi obtenu est imparfait.

Au bout de quelques heures, le drain ne fonctionne plus et les liquides s'accumulent autour.

Le drainage capillaire de Mikulicz n'a pas pour but seulement de drainer mais encore d'isoler de la grande cavité séreuse une partie plus ou moins infectée du péritoine. Ce drainage est très efficace pendant douze heures environ, puis des coagula se forment sur la face extérieure du sac et s'opposent à la pénétration des liquides. Ceux-ci s'accumulent au-dessous et autour du sac, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en retirant le tamponnement. En outre, le drainage de Mikulicz est très douloureux à enlever. En retirant le sac, il n'est pas rare d'amener par l'orifice des franges d'épiploon ou même des anses d'intestin. Enfin l'orifice cutané est toujours assez considérable et expose à des éventrations ultérieures que ne sauraient faire éviter les fils d'attente conseillés par beaucoup et en réalité fort peu employés en raison de la nécessité de laisser après l'ablation du tamponnement un libre écoulement aux liquides.

Il en résulte que tous les moyens de drainage employés sont défectueux et c'est la raison pour laquelle nous avons eu recours à une nouvelle technique.

Nous drainons le péritoine comme une lampe à alcool est drainée par sa mèche. Nous employons un tube métallique en nickel (1) percé de trous dans sa moitié inférieure, ces trous sont petits, mesurent 3 millimètres de diamètre, ils sont parfaitement arrondis et mousses. Chaque tube en porte seulement 10. L'orifice supérieur destiné à rester sur la peau est muni d'un rebord plat de 5 millimètres, dans le but de l'empêcher de disparaître dans le ventre. Nous donnons à ce tube une longueur variable de 8, 10 et 12 centimètres. La longueur du tube devant varier avec l'épaisseur de la paroi abdominale, le diamètre du tube est de 15 millimètres pour les drainages habituels, il est de 20 millimètres lorsqu'un tamponnement partiel de la cavité péritonéale est nécessaire. Ce tube est destiné à recevoir dans son intérieur une mèche de coton hydrophile. Cette mèche doit remplir la cavité du tube, s'épanouir à ses deux extrémités, dont l'une est située dans le ventre et l'autre en dehors. Si un tamponnement est nécessaire, en même temps que le drainage, on tasse la quantité voulue de mèche dans l'endroit à isoler pendant que l'extrémité de la même mèche passe par le tube et ressort sur la paroi abdominale.

Le tube métallique est facile à nettoyer. On le stérilise comme les autres instruments; les mèches en coton hydrophile sont

(1) Nous avons fait construire ces tubes par M. Collin.

stérilisées à l'autoclave en même temps que les compresses.

Pour employer ce drainage, la malade étant dans la position déclive, on choisit un tube juste assez long pour ne pas blesser le rectum. La mèche doit dépasser le tube de 4 à 5 centimètres et descendre comme un pinceau jusqu'au fond de la cavité de Douglas. La malade est alors remise dans la position horizontale et le péritoine exactement fermé autour du tube. L'aponévrose est suturée ensuite et enfin la peau. L'extrémité extérieure de la mèche est renversée sur la paroi et recouverte de compresses stériles dont la capillarité jouera un rôle important en continuant pour ainsi dire celui de la mèche elle-même ; le pansement sera terminé comme d'habitude.

Huit à dix heures après l'opération, si le drainage doit être très efficace, le pansement sera changé, la mèche sera attirée au dehors à travers le tube et remplacée par une autre mèche stérile ; le lendemain matin, si le drainage doit être continué, la mèche sera encore changée, mais dans aucun cas le tube ni la mèche ne doivent être laissés en place plus de trente-six heures, les adhérences péritonéales ayant eu le temps de se faire autour du corps étranger.

Pour retirer le tube, il suffit de lui imprimer des mouvements de rotation et de l'attirer tout doucement en dehors, le glissement est facile et ne cause aucune douleur à la malade. Si quelques doutes subsistaient au point de vue de la nécessité de continuer le drainage, avant d'enlever le tube métallique on glisserait dans sa cavité un drain en caoutchouc qui prendrait exactement la place du tube enlevé. La plupart du temps, nous nous contentons d'enlever le tube et sa mèche au bout de vingt-quatre heures.

Les résultats que nous avons obtenus par ce mode de drainage nous ont paru excellents. Il ne restait aucune trace de liquide dans le tube. Avec ce drainage, les suites d'opérations abdominales très laborieuses ont été absolument apyrétiques, comme dans le cas de drainage de Mikulicz. Enfin, nous n'avons jamais observé le moindre incident. Les mèches, quelquefois difficiles à décoller, ont toujours pu être retirées sans faire souffrir la malade, l'épiploon et l'intestin n'ont jamais été attirés par la plaie. Enfin l'orifice cutané laissé par le tube de 15 millimètres est insignifiant. Il est impossible, après la guérison de la malade, de trouver ni par le palper ni par la vue, les traces de cet orifice. Nos conclusions seront donc les suivantes :

Le drainage du péritoine devra toujours être fait au moyen de mèches stériles contenues dans les tubes métalliques.

Nous ne trouvons, comme contre-indication en faveur du drainage capillaire de Mikulicz, que les cas où un foyer considérable

doit être tenu isolé de la grande cavité péritonéale, et encore dans ce cas aurait-on peut-être avantage à employer deux de nos tubes à drainage, l'un ressortant par la plaie et l'autre par une contre-ouverture.

Présentation de malade.

M. Sieur présente un malade auquel il a fait une arthrotomie, pour arthrite infectieuse, suite de rougeole. Guérison.

Présentation de pièces.

M. Guinard. — J'ai l'honneur de présenter un ganglion de Gasser que j'ai enlevé voilà sept mois. Il est ici entier et j'ai tenu à le montrer avant que les coupes en soient faites. Dans une prochaine séance, je montrerai les coupes. Je compte aussi présenter un travail sur ce sujet.

M. Tuffier. — Voici deux pièces de grossesse extra-utérine. Le premier fœtus, de deux mois et demi, est tout entier, avec l'œuf complet; cette pièce provient d'une femme qui se présenta un matin à la Pitié. Quelque temps après, son état devint très grave; la mort était imminente, je l'opérai pendant qu'on lui faisait les injections de sérum intra-veineux pour la ranimer. La malade guérit.

L'autre embryon est moins volumineux. Il vient d'une femme pour laquelle je fus appelé à Blois, il y a trois jours. Je la trouvai en proie à des symptômes d'une grande gravité, mais plutôt péritonéaux. Il n'y avait pas à penser à la laparotomie; je fis une incision vaginale, puis par cette voie une hystérectomie et je pus ainsi tout enlever.

Les deux trompes étaient malades, aussi bien celle du côté opposé.

M. Potherat. — Voilà deux ans, j'ai présenté un mémoire dans lequel je disais que parfois l'hystérectomie pouvait en pareil cas avoir son indication. M. Picqué, entre autres, n'avait point admis mes conclusions, je suis heureux de voir par l'exemple de M. Tuffier que l'on peut retirer avantage de cette opération.

Appendicite perforante avec péritonite généralisée au cours d'une obstruction chronique par cancer annulaire de l'angle droit du côlon.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter des pièces qui me paraissent intéressantes au point de vue de l'histoire de l'appendicite et de ses relations avec les occlusions intestinales. Il s'agit d'une jeune femme de trente et un ans, qui me fut amenée, le 25 mars, à l'hôpital Cochin, avec des accidents d'occlusion intestinale datant de vingt-quatre jours, elle est alitée depuis dix jours.

Elle présente tous les signes d'une occlusion intestinale, dont il est difficile de déterminer la cause, — celle-ci semble avoir débuté depuis un an déjà — époque depuis laquelle elle n'allait à la selle qu'avec des purgatifs.

Devant l'inefficacité de deux lavements électriques administrés modérément, l'on pratique la laparotomie.

Celle-ci nous montre une péritonite généralisée avec liquide louche dans le ventre; l'appendice recherché aussitôt est absolument libre de toute adhérence, volumineux et présentant une perforation très nette, petite comme une tête d'épingle, laissant suinter un peu de liquide roussâtre. Nous le lions et l'enlevons. Sans insister davantage, nous fermons le péritoine après lavage, pensant avoir fait une erreur de diagnostic.

La malade a succombé vingt-quatre heures après, et l'autopsie nous montra qu'il s'agissait, outre la péritonite généralisée, d'une obstruction intestinale par une tumeur du côlon transverse adhérente au bord inférieur du foie à droite, au niveau de l'angle du côlon. L'examen anatomique n'a pas encore été fait. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est la production chez cette malade, d'une appen dicite perforante, au cours d'une occlusion intestinale.

L'examen rapide de l'appendice nous a montré qu'il présentait des ulcérations de la muqueuse avec une perforation au niveau d'une ulcération terminale.

C'est une nouvelle observation à ajouter à celles qne nous connaissons déjà, d'appendicite ulcéreuse dans le cours d'une occlusion.

C'est la seconde fois, en huit mois, que je trouve cette complexité des lésions.

Le Secrétaire annuel,
P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 6 AVRIL 1898

Présidence de M. BERGER

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix, et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. MONOD demandant un congé de quinze jours pour raison de santé.

3° Une lettre de M. CHARPENTIER, demandant à M. le président de la Société de chirurgie de vouloir bien lui indiquer quel est le notaire de cette Société, pour la régularisation de la délivrance du legs Marjolin.

4° Un travail de M. REBOUL, qui sera lu au cours de la séance.

5° Une communication de M. GAUTHIER DE LUXEUIL, *sur un mode de suture spécial sans fil perdu*, sur lequel M. Berger fera un rapport.

Discussion.

Sur les accidents liés au sphacèle des fibromes.

Lecture.

Gros polype fibreux utéro-vaginal sphacélé, remplissant le vagin; infection locale et générale. Extraction de la tumeur après morcellement. Guérison,

Par M. le Dr J. REBOUL,

Membre correspondant de la Société de chirurgie,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nimes.

Le 5 février 1898, le Dr Perrier (de Nîmes) me conduit une de ses malades, Mme D..., âgée de cinquante ans, pour une tumeur vaginale s'accompagnant d'écoulements infects et d'une altération de la santé générale.

D'une robuste santé antérieure, Mme D... a eu trois accouchements en quatorze ans, le dernier il y a quinze ans. Bien réglée habituellement, depuis trois ans environ, elle a des pertes blanches et des hémorrhagies utérines. Les règles, très abondantes, durent au moins huit jours, elles sont devenues très irrégulières et plus fréquentes en ces derniers temps. Depuis deux mois, les hémorrhagies et les pertes sont à peu près continuelles. D'abord inodores, grâce aux soins hygiéniques que prenait la malade, ces pertes sont formées depuis quelques jours d'un ichor sanguinolent fétide très abondant et dont l'odeur persiste, malgré les injections et les soins de propreté, et qui augmente continuellement.

La santé de la malade est altérée; autrefois solide et bien portante, actuellement elle est très amaigrie, d'une pâleur jaunâtre, sans forces; elle a de la fièvre à exaspération vespérale.

Elle se plaint de douleurs hypogastriques très vives, de dysurie et de ténesme rectal, de coliques utérines, de douleurs lombaires.

Au palper abdominal, on sent dans le bassin une masse dure, peu mobile; l'utérus paraît abaissé, le fond paraît déprimé.

Au toucher vaginal, le doigt est arrêté, dès son entrée dans le vagin, par une tumeur volumineuse emplissant tout le vagin et le distendant comme une tête fœtale. Ce n'est qu'à grand peine et en déterminant des souffrances à la malade que je parviens à passer au delà de la tumeur, en avant, et à sentir le col utérin; mais, en arrière et latéralement, mon doigt ne peut passer entre la tumeur et le vagin. Cette tumeur paraît arrondie, irrégulière, bosselée; sa surface est formée par un tissu noir, qui se détache par lambeaux gangrenés et infects.

Je pense à un gros polype fibreux utéro-vaginal sphacélé, implanté, soit sur le col, soit dans la cavité utérine, peut-être avec inversion.

La malade présente, en outre, de l'œdème des membres inférieurs et une lésion mitrale très nette.

Je conseille une intervention et prescris à la malade le régime lacté, des irrigations antiseptiques vaginales fréquentes et de grands lavements chauds.

Le 16 février 1898, opération, à la Maison de santé des religieuses franciscaines, avec l'aide de mes confrères et amis les Drs Perrier et Dussaud et de mon interne, M. Lafon.

Anesthésie à l'éther par mon interne, M. Coste, sans incidents.

Je fais d'abord une très abondante irrigation vaginale chaude, pendant laquelle je ne puis parvenir, sauf un peu en avant, à placer la

canule au-dessus de la tumeur. Irrigation continue chaude pendant toute l'opération.

J'essaie, avec les doigts et la pression hypogastrique faite par un aide, de faire franchir l'orifice vaginal à la tumeur, mais ne puis y arriver. Saisissant alors la tumeur dans les branches du forceps denté, de Collin, j'essaie de l'extraire, mais en vain. Je tors alors la tumeur à l'aide du forceps et parviens à la faire apparaître en partie à la vulve. Ne pouvant lui faire franchir cet orifice, malgré les torsions et les tractions, je morcelle la partie antérieure de la tumeur, la plus accessible; j'enlève ainsi deux gros fragments du polype. Peu d'hémorrhagie.

Je saisis à nouveau la tumeur avec le forceps denté et, à l'aide de mouvements de torsion, de tractions en haut et en bas, je parviens à lui faire franchir l'orifice vulvaire. L'utérus a suivi le polype, et je vois que le col utérin, largement dilaté, laisse passer le gros pédicule de la tumeur. Explorant alors la cavité utérine, je constate que le fibrome est largement implanté sur le fond, la face postérieure et le bord gauche de l'utérus. J'attire alors la tumeur et augmente l'inversion utérine, et place sur le pédicule de la tumeur une ligature élastique provisoire qui pourrait prévenir une hémorrhagie et me sert pour l'ablation du polype. Avec de forts ciseaux courbes, j'incise circulairement la surface du polype près de sa base d'implantation et, m'aidant des ciseaux et du doigt, je parviens à l'énucléer. Pas d'hémorrhagie notable.

Irrigation vaginale et utérine d'eau bouillie très chaude. Je réduis alors l'inversion et bourre la cavité de l'utérus de gaze à l'airol.

Les parois du vagin, dans les points que comprimait la tumeur au niveau de son équateur, présentent des plaques de sphacèle de la muqueuse. Le vagin est de même bourré de gaze à l'airol et fermé à l'aide d'une plaque de protective, suivant le procédé de M. Périer.

Le 20, pansement. L'infection persiste. Je remplace la gaze à l'airol par de la gaze stérilisée imbibée d'ichthyol.

Le 25, pansement. L'infection persiste, quoique atténuée. J'imbibe les mèches de gaze de naphtol camphré et saupoudre les tampons d'ouate d'une poudre antiseptique composée, renfermant du menthol, du salol, du tannin et du bismuth, et qui m'a donné de bons résultats dans les pansements des plaies infectées et gangreneuses.

Le 28, l'infection a disparu.

Dès lors, je me borne à un drainage utérin à la gaze imbibée d'ichthyol ou de naphtol camphré ou saupoudrée de poudre antiseptique composée.

La température qui, dans les premiers jours, s'élevait tous les soirs à 38, 37.8 degrés, ou 37.6 degrés, est revenue à la normale et s'y maintient. L'état général s'est amélioré progressivement. La malade avait été soumise au régime lacté à peu près exclusif et à de grandes irrigations rectales d'eau bouillie chaude, biquotidiennes.

Le 15 mars, lors de la sortie de la malade, l'utérus avait repris ses dimensions normales, il n'y avait plus d'infection, les pertes avaient cessé, et la malade avait repris force et santé.

La tumeur, du poids d'un kilogramme, a une circonférence de 34 cen-

timètres. Sa surface est entièrement sphacélée, c'est du fibro-myome pur.

Ce cas de gros polype fibreux utéro-vaginal sphacélé est intéressant à cause des infections locale et générale qui l'accompagnaient, à cause de la large implantation intra-utérine, de l'inversion utérine qui s'était produite, des difficultés que j'ai éprouvées pour extraire cette tumeur et du bon résultat obtenu.

M. TUFFIER. — La communication de M. Lejars porte sur deux points : 1° les fibromes infectés ; 2° les fibromes sphacélés.

1° Les fibromes infectés donnant lieu à des accidents septicémiques, c'est là une complication très grave. J'en vis dernièrement un cas avec M. Bouilly : la malade présentait un fibrome volumineux et avait des accidents septiques ; je ne pus les arrêter et je dus l'opérer. Or, malgré l'opération, et bien que le fibrome eût été extrait, les accidents continuèrent ;

2° Les fibromes sphacélés. Tout dépend ici de leur siège. On peut rencontrer des fibromes péritonéaux, interstitiels, ou des polypes produits dans le vagin.

J'ai eu l'occasion de voir un de ces polypes sphacélés ; je ne pus l'enlever, mais je fis le tamponnement, et il s'élimina de lui-même.

Pour les fibromes interstitiels, je citerai le cas d'une femme de cinquante-cinq ans, opérée il y a trois ans. Cette femme avait un écoulement ichoreux et on croyait à un cancer ; je fis l'hystérectomie et j'enlevai ainsi le fibrome : elle guérit.

Quant aux fibromes sous-péritonéaux, j'en rencontrai un chez une femme que je vis avec Chauffard en 1878 : Elle présentait des phénomènes d'occlusion et, dans le flanc droit, une tumeur, qui semblait ne pas tenir à l'utérus. J'ouvris l'utérus et je trouvai un fibrome de la corne droite, tordu sur son pédicule et sphacélé ; je l'enlevai. La femme a guéri, elle a actuellement quatre-vingt-trois ans.

Ainsi, je crois qu'il faut distinguer la septicémie et le sphacèle ; dans ces différents cas, la conduite est variable.

M. POTHERAT. — Je serai bref. Aussi bien n'ai-je pas l'intention de vous rapporter par le détail, les faits de polypes gangrenés que j'ai observés. Ce serait un peu long ; car cet accident est relativement fréquent. A en juger par le nombre de cas que j'ai moi-même opérés, je me demande quelle somme de faits pourraient

produire des hommes depuis longtemps consacrés par l'expérience et l'habileté opératoire, comme les Bouilly et les Segond.

Je désire seulement brièvement discuter les termes du rapport de mon ami M. Lejars.

L'observation de M. le Dr Buffet, qu'il nous rapporte, est intitulée : « Polype fibreux de la lèvre postérieure de l'utérus ». Ce polype était très volumineux et partiellement sphacélé.

Or, les polypes des lèvres du col atteignent rarement un très gros volume. Ordinairement ils déterminent de bonne heure des hémorrhagies importantes, répétées, qui obligent les femmes à se faire examiner et opérer. Ce n'est que dans certains cas rares où les hémorrhagies sont tolérables et les malades extrêmement négligentes ou pusillanimes, que la tumeur peut acquérir un gros volume. C'est dans ces conditions que j'ai récemment opéré une campagnarde d'une quarantaine d'années, arrivée à une anémie extrême et porteuse d'un polype de plus de 700 grammes. Le polype était sphacélé superficiellement à une faible profondeur; je l'enlevai facilement et rapidement, sans anesthésie, par morcellement ; il s'insérait, sans pédicule, sur la face interne de la lèvre antérieure qui était très développée, étalée, mais qui revint très rapidement sur elle-même dans les jours qui suivirent. Au bout de quinze jours, cette femme, mère d'une nombreuse famille, pouvait regagner sa campagne.

Bien plus souvent les polypes fibreux, sphacélés ou non, sont d'origine intra-utérine et habitent la matrice ou le vagin, lorsqu'ils ont été spontanément accouchés par l'utérus auxquels ils restent reliés par un pédicule plus ou moins volumineux. Cela est connu de tout le monde; inutile d'insister. Mais je veux m'arrêter sur la *gangrène* des polypes. M. Lejars nous a dit que tantôt elle était totale, frappant toute la masse fibromateuse, tantôt superficielle, c'est-à-dire laissant intact un noyau central plus ou moins volumineux qui conserve son aspect nacré et sa consistance. Cela est exact, mais il ne nous a point dit pourquoi les choses étaient ainsi.

Or, la raison en est, à mon avis, dans le processus même du sphacèle qui peut se produire de deux manières : par *inflammation* et par *ischémie*. L'inflammation est d'origine extérieure, muqueuse; elle débute par la muqueuse de revêtement du fibrome, ou par la muqueuse utérine pour s'étendre secondairement à celui-ci. Son intensité, son étendue, régleront l'étendue de la gangrène du polype. Quoique moins étendue que la gangrène par ischémie, elle est presque toujours bien plus grave que celle-ci, au point de vue de l'infection propagée à l'organisme ; bien plus souvent, bien plus rapidement elle provoque la septicé-

mie, ce qui s'explique aisément puisqu'elle est d'origine septique et qu'elle s'accompagne de thrombose, et même de phlébites suppurées.

La gangrène par ischémie est d'origine mécanique. L'utérus, dont les fibres ont subi l'hypertrophie et l'hyperplasie, comme dans la grossesse, ainsi que l'a fait remarquer mon maître, M. le professeur Guyon, il y a déjà longtemps, à un moment donné, se contracte pour se délivrer. Cette contraction peut arrêter la circulation dans l'intérieur du polype, alors même qu'il a été accouché, car elle continue à s'exercer sur le pédicule, d'ailleurs plus ou moins distendu: l'ischémie en résulte, parfois intermittente, passagère, parfois aussi définitive. Et alors, ou bien il y a en même temps de l'inflammation, et on a rapidement un putrilage de presque toute la masse, ou bien il ne s'est pas fait d'inflammation, et alors le polype est comme imbibé de sérosité; ses fibres forment des faisceaux blancs dissociés ou facilement dissociables, que les pinces à abaissement ne peuvent plus retenir, parce qu'ils s'effilent entre leurs dents; de sorte qu'on ne peut les maintenir utilement et efficacement qu'avec des pinces à larges cadres.

L'emploi de certains médicaments, tels que l'ergot ou l'ergotine; l'électrisation sans précautions, ou avec des intensités très élevées sont des conditions adjuvantes de ce sphacèle par ischémie mécanique; il en est de même de certaines manœuvres employées pour l'extraction des polypes. J'ai vu une malade, électrisée chaque jour et qui portait un volumineux polype intra-utérin sphacélé; elle ne voulut pas consentir à l'opération, malgré toute mon insistance et ne tarda pas à succomber; j'ai vu de même un sphacèle rapide d'un très gros fibrome accouché dans le vagin et sur lequel on avait fait des applications répétées d'un petit forceps, avec mouvements de rotation pour rompre le pédicule. Le pédicule ne se rompit pas, le polype ne put être amené au dehors, mais une fièvre violente se déclara, la température monta à 40 degrés et même 41 degrés, au bout de quarante-huit heures les conjonctives étaient subictériques, le facies terreux, les yeux excavés, le ventre était légèrement ballonné. Heureusement que je pus intervenir dès le troisième jour au matin; en quelques minutes, j'enlevai par morcellement un polype en voie de sphacèle, dont les morceaux rassemblés remplissaient une cuvette, et représentaient un poids que je n'ai pu avoir exactement, mais qui, approximativement, devait être supérieur à 2 kilogrammes. Les suites furent simples et j'eus la satisfaction de voir guérir cette femme qui n'avait guère que trente ans.

Cela m'amène à parler du traitement et c'est par là que je terminerai. M. le D[r] Buffet a appliqué le serre-nœuds, puis abrasé la

masse au thermo-cautère. M. Lejars, dans une des deux observations personnelles qu'il nous rapporte, a extrait à l'aide du forceps à dents de brochet un polype très volumineux qui distendait le vagin. Je ne puis donner mon approbation ni à l'une ni à l'autre de ces manières de faire. Elles ont des inconvénients qui peuvent être très graves, elles n'ont aucun avantage. Le serre-nœuds a de nombreux inconvénients; il est aveugle, pour les gros polypes bien entendu. On le place sur le pédicule, ou plutôt sur ce que l'on croit être le pédicule ; mais on n'est pas bien sûr de n'avoir pas en même temps pris l'une des lèvres du col et, avec la lèvre, enserré une portion de la cavité voisine, vessie en avant, rectum en arrière et l'on s'expose à enlever une portion de l'utérus, ce qui n'est pas absolument indifférent, ou à ouvrir le rectum ou la vessie, ce qui est plus grave. En outre, que fera le serre-nœuds dans ces cas où ce n'est qu'une partie du polype qui prolabe hors de l'utérus, la plus grosse part restant incluse? De plus, ne peut-il se faire que le fond de l'utérus ne soit en inversion? Vous savez bien que cela n'est pas rare, et M. Routier vient d'en citer un nouvel exemple. A quoi reconnaître que cette disposition existe? Et si elle existe, vous enserrez le fond de l'utérus, et l'ablation faite, vous vous apercevrez de la disposition en inversion qu'il vous était matériellement impossible de prévoir auparavant: car je ne crois pas que la précaution qu'indiquait jadis M. Polaillon, en pareil cas, et qui consistait à opérer sans anesthésie générale ou locale, afin que les douleurs ressenties par la malade indiquent que vous enserrez non plus le polype mais l'utérus, je ne crois pas, dis-je, que cette précaution elle-même soit suffisante pour empêcher l'accident opératoire auquel je fais allusion. Donc le serre-nœuds est insuffisant ou dangereux.

L'extraction au forceps, après rupture du pédicule par torsion, n'est pas non plus sans inconvénient; elle expose à la déchirure du périnée ; elle expose à de graves désordres du côté de l'utérus, par ce fait que l'opérateur agissant à l'aide des branches du forceps, a en mains de puissants leviers ; qu'il ne peut évaluer la force qu'il déploie, et qu'il peut croire à un pédicule grêle parce qu'il éprouve peu de résistance alors que le pédicule est volumineux, alors même que le polype est sessile. Je vous ai montré un fait plus haut ou l'extraction ne put être faite, et, où des accidents de la plus haute gravité avaient éclaté consécutivement. Je sais bien que M. Lejars pourra me répondre avec le fait qui lui est personnel et où par une ingénieuse et habile manœuvre obstétricale il est parvenu, sans encombre, à extraire un volumineux polype. Je l'en félicite, mais il aurait obtenu un aussi beau résultat, aussi rapide pour le moins sans plus de dommages pour la

malade et avec beaucoup moins d'efforts pour lui s'il se fût assis entre les jambes de la malade, et si, armé de pinces à abaissement, de pinces à cadre, de ciseaux et du bistouri courbe, il eût procédé par morcellement, s'il eût en un mot choisi ce que je crois être le procédé d'élection pour l'ablation des fibromes sous-muqueux procidents ou non procidents, sphacélés ou non.

J'ai indiqué les inconvénients du serre-nœuds, du forceps même; j'en suis à leur chercher un avantage. Prétendez-vous par le serre-nœuds obvier aux inconvénients d'une hémorrhagie? Mais cela ne saigne pas, tant que vous attaquez le fibrome; cela saigne parfois un peu quand vous arrivez à l'insertion; mais l'hémostase est facile; quand l'hémorrhagie ne s'arrête pas d'elle-même, une mèche de gaz iodoformée intra-utérine l'assurera d'une manière certaine. Donc, pour éloigner un danger chimérique, vous vous exposez à des inconvénients sérieux.

Pour moi, je n'admets pas, dans le traitement des polypes de moyen et gros volume, d'autre procédé opératoire que l'attaque directe, au bistouri, aux ciseaux, qui permet de voir toujours ce que l'on fait, de reconnaître vessie, rectum, lèvres du col, corps utérin, procédé sûr, facile et d'une exécution rapide. J'ajouterai pour terminer que le polype enlevé, tont n'est pas fini; qu'il faut s'assurer que la cavité utérine est libre, se rendre compte de l'état du corps utérin, de l'état des annexes: car dans un certain nombre de cas, l'ablation du polype devra être complétée par l'ablation de l'utérus et de ses annexes, sous peine de voir continuer les accidents contre lesquels on avait été appelé à intervenir.

M. Quénu. — Je limite mes observations à la gangrène des fibromes. Je ne crois pas, comme l'a dit M. Tuffier, qu'il s'agisse d'une infection spéciale; je pense que la gangrène résulte de l'addition de deux facteurs : l'ischémie et l'infection.

Quand il n'existe que de l'ischémie, le fibrome s'infiltre de sérosité, s'œdématie, puis à la longue, prend une sorte de teinte ardoisée, le fibrome se nécrobiose mais ne se sphacèle pas. Le sphacèle résulte d'un autre élément, l'élément infectieux, sur un corps fibreux préalablement ischémié. C'est là la raison de la rareté des gangrènes, dans les fibromes interstitiels au contraire, les polypes subissent assez souvent le processus gangreneux. L'ischémie des polypes est attribuable, selon moi, non pas à la contraction utérine comme le croit M. Potherat, mais à la torsion du pédicule et aussi à la thrombose des vaisseaux du pédicule résultant elle-même d'une inoculation du polype. L'infection du polype s'explique aisément d'après des recherches histologiques que j'ai fait faire, il y a déjà quelques années. Les polypes ont,

au début, un revêtement épithélial qui n'est autre que celui de la surface utérine, puis, à mesure que le polype grossit ou qu'il dure, le revêtement épithélial se modifie, s'aplatit et finit par desquamer. Sur les coupes, on ne trouve plus, à la surface, qu'une sorte de vernis amorphe, de petites ulcérations ouvrant la porte aux germes pathogènes qui fourmillent dans le vagin.

M. Pozzi. — Parmi les causes de sphacèle des fibromes, outre la torsion du pédicule qui est exceptionnelle, il y a l'élongation exagérée du pédicule par les contractions, d'où une gangrène qui généralement atteint les couches superficielles du polype.

Les indications opératoires ont été l'objet d'une étude complète que j'ai faite en 1885, alors que j'étais interne de Verneuil ; j'avais désigné cette classe de polypes sous le nom d'énormes polypes, on les rencontrait alors fréquemment; à présent ils sont rares, car on opère les fibromes plus tôt.

Ces énormes polypes peuvent se sphacéler à la surface et comme ils ferment, par leur volume, l'orifice utérin, ils facilitent ainsi l'infection, d'où leur gravité.

Je me servais, à cette époque, de l'écraseur et j'avais même imaginé un dispositif me permettant d'arriver aisément sur le pédicule. A l'heure actuelle, je repousse absolument l'écraseur comme le serre-nœuds; c'est l'instrument tranchant qui seul doit servir. Avec tout autre, on court le risque de déchirer un fragment d'utérus, de vessie ou de rectum.

Enfin, une précaution trés importante est celle qui consiste à pratiquer un curettage de l'utérus, qui nettoye bien sa cavité et que l'on fait suivre d'un tamponnement.

M. Ricard. — M. Tuffier a distingué la gangrène et la septicémie due au fibrome.

S'il y a septicémie par le fait d'un fibrome, il est incontestablement dangereux d'opérer; toutefois il est encore plus dangereux de ne rien faire.

J'ai présenté à cette Société un fibrome que j'ai enlevé à une femme, qu'on m'avait fait passer en pleine septicémie puerpuérale.

Elle avait 40 degrés de température, avec phlébite. Un collègue avait reculé devant l'opération. Je lui enlevai cependant ce fibrome sphacélé intra-uterin, qui l'infectait, et qui empêchait toute désinfection par les lavages d'être efficace.

La septicémie peut donc être regardée comme une indication opératoire.

M. Lejars. — La discussion paraît s'être un peu étendue et il y aurait quelque intérêt à ne pas confondre l'histoire des fibromes

sous-péritonéaux à pédicule tordu, des fibromes interstitiels sphacélés et celle des polypes fibreux proprement dits, tels que celui de M. Buffet (d'Elbeuf). Dans les gros polypes utéro-vaginaux, on peut observer en effet deux groupes d'accidents: des accidents septicémiques, dus pour une part à l'obstruction du canal vaginal par la tumeur; le sphacèle, de forme et de profondeur variables. Or le sphacèle est toujours accompagné d'infection, et, sans entrer dans la discussion pathogénique, nous pouvons dire qu'en pratique tout polype sphacélé crée un danger imminent de septicémie, et demande à être enlevé le plus tôt possible.

En ce qui concerne cette ablation, je crois que mon collègue, M. Potherat, n'a pas très bien interprété mes conclusions. J'ai dit précisément que l'ablation de ces gros polypes devait se faire très simplement, par le morcellement suivi de la section du pédicule, au bistouri ou aux ciseaux, au ras de l'implantation.

Au cours de ces extirpations, il peut survenir des accidents analogues à celui que nous a rapporté M. Routier. J'ai eu moi-même un cas semblable, mais dans lequel j'ai été, en dernière analyse, très- satisfait d'avoir été amené à faire l'hystérectomie: il s'agit d'une femme de 35 ans, à laquelle j'avais enlevé, en mars 1897, un gros polype utéro-vaginal. Six mois après, elle revenait nous trouver, avec une tumeur encore plus volumineuse, et remplissant tout le vagin. Cette rapidité de la récidive me fit penser à une tumeur sarcomateuse, ou du moins, à une part importante du sarcome dans la constitution du polype. Le 16 octobre, je pratiquai le morcellement, et, en sectionnant le pédicule, qui s'insérait sur le côté gauche de la cavité utérine, la paroi fort amincie fut intéressée et je vis apparaître les annexes gauches. Je pris alors le parti de faire l'hystérectomie vaginale, qui fut très simple, et que je terminai par la ligature des pédicules. Une fois l'utérus enlevé, je m'aperçus qu'il portait un fibrome sous-péritonéal de petit volume, et étant donné les caractères et l'évolution du polype, je crois que le résultat a été, en définitive, heureux. La malade guérit sans incident.

A part ce point et ces accidents, en somme assez faciles à éviter, tout le monde est d'accord sur le mode d'extirpation de ces énormes polypes.

M. G. Bouilly. — Il n'y a pas lieu d'insister longuement sur les faits analogues à celui qui a été rapporté par M. Lejars; ces cas sont assez nombreux et ne donnent lieu à aucune hésitation dans la conduite à tenir. Il faut, quelle que soit la difficulté, enlever par morcellement et déchirure, la tumeur sphacélée et débarrasser l'utérus et l'économie d'un foyer dangereux d'infection. L'im-

portant est de mener l'opération jusqu'au bout, c'est-à-dire de faire une ablation complète pour pouvoir désinfecter, d'une façon radicale, la cavité et le tissu de l'utérus. J'ai vu l'abandon dans l'utérus d'une portion fibromateuse donner lieu à des accidents de septicémie aiguë avec suppuration du parenchyme utérin. Il est plus difficile de décider des cas où il y a lieu de faire, après l'ablation du fibrome sphacélé, l'hystérectomie vaginale. Dans quelques cas, en effet, il y a complication d'une suppuration cellulaire péri-utérine ou d'une salpingite suppurée ou même d'une pelvi-péritonite purulente. Ces cas peuvent être soupçonnés, quand il y a une douleur abdominale ou péri-utérine, de la sensibilité du ventre à la pression au niveau de l'hypogastre et dans les flancs, en coïncidence avec des phénomènes de retentissement péritonéal. L'intervention ne peut alors être considérée comme radicale, que si elle réalise du même coup l'ablation de l'utérus et des annexes suppurées ou l'ouverture des collections péritonéales purulentes.

Je veux surtout insister sur les cas où le volume et la disposition du fibrome rendent la conduite et l'intervention beaucoup plus difficiles et plus périlleuses; je veux faire allusion à ces faits dans lesquels il y a à la fois une masse fibromateuse intra-utérine énorme, avec sa consistance et sa vitalité normale, remontant à l'ombilic ou même dépassant ce niveau et une portion du fibrome engagée à travers le col, étalée et sphacélée dans le vagin. Il y a du fait de la tumeur vaginale des phénomènes de septicémie dus au sphacèle et une compression douloureuse des organes voisins par l'enclavement de la masse, en même temps qu'il existe des contractions douloureuses de l'utérus. La conduite est des plus délicates; l'intervention vaginale ne peut enlever que la portion fibromateuse sphacélée siégeant dans le vagin et une petite portion de la masse sus-jacente; l'intervention par la voie abdominale fait courir au péritoine les plus graves dangers d'infection, en le mettant en contact avec les tissus infectés et putrides de la portion gangrenée.

Je me suis trouvé deux fois aux prises avec ces difficultés : dans les deux cas, la disposition était la même. Dans son ensemble, la tumeur représentait une énorme brioche renversée, dont la partie supérieure remontait à l'ombilic et le dépassait, dont la partie inférieure, moins volumineuse, s'étalait en un énorme champignon dans le vagin et jusqu'à la vulve, et dont la portion rétrécie était serrée par le col au niveau du détroit supérieur.

La première malade m'était amenée de province, en pleine septicémie, avec une tumeur sphacélée faisant saillie à la vulve, se

continuant avec un fibrome remplissant tout l'hypogastre et les flancs et atteignant l'ombilic.

En dépit du volume de la tumeur, j'espérai l'enlever en totalité par morcellement par la voie vaginale; l'ablation des parties sphacélées fut rendue extrêmement laborieuse par leur friabilité et quand, péniblement, je fus arrivé à la portion abdominale intra-utérine dure et consistante, il me fut impossible de l'abaisser assez pour en pratiquer le morcellement. Force me fut de faire séance tenante la laparotomie, d'inciser le tissu utérin, de morceler le fibrome dans l'abdomen et de terminer l'opération en enlevant la coque utérine par la voie vaginale. La malade continua son infection et succomba trois jours plus tard. Le plan était mauvais; en supposant même que la malade n'eût pas été primitivement infectée au point d'être gravement compromise, je risquais d'infecter le péritoine, en passant de la voie vaginale à la voie abdominale.

Récemment, dans un cas tout à fait semblable, j'ai suivi la conduite inverse; jugeant l'ablation impossible par la voie vaginale seule et l'opération abdominale comme presque fatalement mortelle, au milieu de ces tissus sphacélés et absolument infects, je décidai d'enlever par l'abdomen la portion intra-utérine non infectée et de terminer l'opération par l'ablation de la portion vaginale gangrenée, complétée par l'hystérectomie vaginale.

Je suivis exactement ce plan opératoire non sans éprouver de sérieuses difficultés. L'ablation par la laparotomie ne peut se faire en pareil cas, comme lorsqu'il est possible d'attirer l'utérus à l'extérieur; la continuité de la portion abdominale du fibrome avec son prolongement vaginal, ne permet pas l'attraction de la masse à l'extérieur, ni la manœuvre d'isolement et de recherche des artères utérines. J'ai incisé le tissu utérin sur la ligne médiane et morcelé le fibrome *in situ* jusqu'à ce que son volume ait été suffisamment réduit pour pouvoir, dans la seconde partie de l'opération, être amené par le vagin à travers le col.

De même, l'hystérectomie vaginale est rendue laborieuse par l'effacement du col qui affleure la paroi vaginale, et dont l'incision circonférentielle et le détachement ne se font pas sans difficultés.

Dans son ensemble, l'opération fut laborieuse, mais se fit sans incidents. La malade guérit après avoir présenté des accidents : de délire post-opératoire d'origine septique et une suppuration grave de la paroi ayant les mêmes caractères et la même odeur que les sécrétions putrides du fibrome sphacélé.

Je n'ai pas assez de faits pour formuler une conduite qui variera certainement avec les divers cas; mais il me semble qu'on devra, dans ces conditions, s'attacher à réaliser l'ablation totale de

l'utérus fibromateux, en se gardant de mettre la portion sphacélée au contact du péritoine et en combinant pour cette ablation les voies abdominale et vaginale.

Discussion.

Discussion sur les psychoses post-opératoires (suite).

M. Paul Segond. — La question soulevée par notre collègue, M. Picqué, compte certainement parmi celles dont la mise au point claire et nette serait particulièrement utile. Par malheur, j'en connais peu de plus délicates, et pour ma part, malgré les documents déjà nombreux que je possède, je ne me sentirais pas encore en position d'aborder l'étude d'ensemble des psychoses post-opératoires avec quelque chance de transformer en conclusions fermes tout ce qu'il y a de parfaitement vague, confus et indistinct dans les observations disparates et les affirmations sans preuve qui encombrent le dossier de la question.

Je pense toutefois, qu'en se limitant un peu, et qu'en élaguant d'abord, de la discussion, tout ce qui n'est pas psychoses vraies, il est possible d'apporter au débat quelques faits probants, notamment en ce qui regarde l'influence des opérations gynécologiques sur les perturbations mentales consécutives, dont on se plaît trop souvent à leur faire endosser la responsabilité. C'est uniquement à ce point de vue que je désire me placer, et même, pour me localiser plus encore, je ne m'occuperai que des opérations provoquant la ménopause artificielle.

Oui ou non, les opérées répondant à cette catégorie ont-elles à redouter que la castration dont elles ont besoin ait sur leur équilibre mental une influence nocive, non pas seulement d'ordre traumatique, mais aussi d'ordre *qualitatif*, si je puis ainsi dire. Voilà, je crois bien, l'un des côtés les plus actuels de la question, et notre collègue Picqué a eu grandement raison de nous convier à la destruction de l'une des légendes singulières avec lesquelles les gens du monde, et trop souvent les médecins, terrorisent les malades, sous le prétexte de les préserver des excès de la chirurgie et sans autre résultat que d'empêcher ou de reculer des opérations indispensables et urgentes.

Sans doute et malgré sa limitation aux psychoses vraies dont la castration peut être coupable, la question peut encore offrir certaines obscurités. Avant d'avoir le droit d'incriminer l'opération elle-même, il faut, en effet, réserver la part de bien des circon-

stances n'engageant en rien son influence qualitative. Tels sont, par exemple, la frayeur opératoire ou bien encore l'état moral déplorable que les racontars d'opérées ou même les récits de certains médecins, sont susceptibles de créer chez des femmes très nerveuses ou simplement impressionnables.

C'est ainsi que j'ai vu une femme à ce point terrorisée par la perspective d'une ovariotomie pour gros kyste, qu'elle a été prise d'un accès de folie furieuse quelques heures avant l'instant décidé pour son opération, opération que, naturellement, je n'ai point faite.

A l'appui du rôle que les racontars peuvent jouer chez les névropathes, les exemples ne manquent pas davantage. Plusieurs de mes opérées ont eu des accès de mélancolie sans autre origine que la crainte de voir se réaliser les prédictions sinistres de leurs amies ou de leurs médecins, et j'en sais une, qui a failli se jeter par la fenêtre quelques semaines après une hystérectomie, parce que son médecin l'avait charitablement prévenue qu'opérée par moi, elle ne comptait plus comme femme !

Sans insister davantage, il est bien clair qu'il y a là toute une série de causes d'erreur dont il peut être délicat de se préserver. Je crois cependant qu'avec un peu d'attention, on peut y réussir et c'est à quoi je me suis attaché dans la statistique que j'apporte à l'appui de la thèse défendue par M. Picqué.

Sur 642 femmes ayant subi soit l'hystérectomie, soit l'ovariotomie bilatérale, soit l'une et l'autre, j'en ai vu 4 seulement dont l'état mental ait été plus ou moins influencé par l'opération.

L'une d'elles, hystérique de vieille date et déjà sujette à des bizarreries intellectuelles, a présenté, aussitôt après l'opération, des troubles cérébraux qui ont nécessité son internement à Sainte-Anne pendant quelques semaines.

Deux fois, chez des hystériques non moins avérées, j'ai constaté des accès de mélancolie profonde qui ont duré quelques mois.

Une fois enfin, la monomanie du vol à l'étalage s'est manifestée peu après une hystérectomie ; j'ai même failli donner un certificat à décharge, mais ici encore, la patiente avait un passé significatif et celui-ci démontrait qu'il s'en fallait de beaucoup qu'elle fût à son coup d'essai.

Nous voilà bien loin des proportions extraordinaires données par certains auteurs à propos de la fréquence des psychoses relevant des opérations gynécologiques, et mes observations parlent, on le voit, dans le même sens que celles de M. Picqué. Pour moi comme pour lui, les psychoses post-opératoires ne s'observent guère que chez les prédisposées, les hystériques ou les dégénérées, et pour le dire, en un mot, la castration ne rend folles que les femmes qui l'étaient déjà.

La crainte d'une perturbation mentale ne doit donc jamais nous arrêter quand nous sommes en présence d'une indication opératoire précise. L'importance de ce corollaire ne saurait être trop mise en évidence.

Mais je tiens à bien le spécifier en terminant, pour qu'il en soit ainsi, pour que nous ayons le droit de ne tenir aucun compte des troubles cérébraux ou nerveux dont on accuse la castration ; il est de toute nécessité que l'indication opératoire soit nette et formelle.

Il faut, en d'autres termes, que l'utérus ou les annexes dont on décide la suppression soient réellement malades. Il faut, en particulier, se méfier des malades à grandes douleurs avec lésions annexielles minimes, et, bien que la chose soit souvent exacte, ne rendre celles-ci responsables de celles-là qu'avec la plus attentive circonspection.

Ce précepte est formel, et c'est en le méconnaissant, c'est en provoquant la ménopause artificielle chez des femmes dont l'appareil génital est sain et dont les troubles morbides relèvent par conséquent de la seule thérapeutique médicale, qu'on s'expose presque toujours à faire des nerveuses ou des déséquilibrées, qui, d'ordinaire, continuent à souffrir autant, ou même plus, que par le passé.

M. Lucas-Championnière. — Dans son intéressante communication, M. Picqué a touché à tant de points différents, qu'il me paraît difficile de le suivre absolument. La partie de son discours de beaucoup la plus intéressante est celle qui est consacrée aux faits de folie proprement dits, soit que la folie ait été amenée par l'opération, soit qu'elle ait disparu à la suite de l'opération faite sur l'utérus et les ovaires.

La folie est-elle une suite des opérations pratiquées sur l'utérus et les ovaires? C'est là une question posée par le public d'abord et par certains médecins.

Il n'y a pas si longtemps que Keith affirmait que plus du tiers des femmes auxquelles on enlève les ovaires deviennent folles, et on aurait pu être surpris de cette assertion d'un homme qui avait opéré un nombre considérable de kystes de l'ovaire, si on n'avait pu rapprocher ses assertions de ce fait, qu'il préconisait l'électrisation de l'utérus comme capable de faire disparaître les tumeurs fibreuses utérines, et opposait cette pratique à celle de l'hystérectomie.

Il serait inutile de réfuter de semblables assertions qui ne reposent sur aucun fait, sur aucune statistique sérieuse. Mais il est intéressant d'examiner les cas dans lesquels la folie a éclaté

après une opération de l'utérus et des ovaires, et de voir quel enseignement on peut en tirer.

Tout d'abord, on peut affirmer que ces faits de folie post-opératoire sont assez rares.

Or, dans les cas positifs, nous constatons uniformément que les sujets, affectés d'une forme quelconque de folie post-opératoire, étaient non seulement des prédisposés mais des sujets souvent antérieurement atteints de folie.

J'ai observé une jeune femme à laquelle j'avais enlevé les deux ovaires, pour un cas d'ovarite suppurée double. Deux mois après son opération, elle fut prise d'hallucinations et d'idées de persécution. Elle me raconta qu'elle ne venait pas à l'hôpital, parce qu'elle était prise du désir de nous assassiner. Cependant, elle était guérie et heureuse de sa guérison. J'appris, que bien antérieurement à son opération elle avait été enfermée dans une maison de santé pendant une assez longue période. Les accidents nouveaux furent du reste de peu de durée et ne nécessitèrent pas de nouvel internement.

Chez une femme de trente ans, que j'opérai pour des kystes ovariens (ovariotomie double), six semaines après l'opération survint un accès de manie aiguë, qui dura environ deux mois, nécessita son internement et ne s'est plus reproduit depuis.

La malade était une bizarre au moins, une déséquilibrée.

Une troisième malade fut plus curieuse. C'était une femme que j'opérai à Saint-Louis pour une tumeur fibreuse utérine volumineuse, en 1893.

Cette femme était âgée de quarante-neuf ans. J'entrepris de lui faire une hystérectomie vaginale pour une très volumineuse tumeur fibreuse utérine. J'avais enlevé une masse très volumineuse, et accompli une opération des plus laborieuses, lorsque je rencontrai un kyste volumineux, et fus arrêté par une hémorrhagie assez abondante. Après deux heures et demie d'opération, je dus interrompre et laisser mon opération incomplète. Je n'avais pu atteindre les ovaires.

La malade se remit d'abord assez bien, puis, au bout de quelques semaines, alors que les suites opératoires avaient leur cours régulier, elle fut prise brusquement de la manie aiguë la plus complètement caractérisée. Celle-ci évolua pendant plusieurs mois assez régulièrement. La malade avait conservé assez de cavité utérine, pour conserver des règles et elle perdait constamment et assez abondamment des matières puriformes développées dans une cavité attenante aux restes de l'utérus. Cette folie dura du mois de septembre 1893 au mois d'avril 1894.

J'appris alors que cette malade avait été souvent bizarre. Elle avait une sœur enfermée dans un établissement d'aliénés.

Ce qui fut le plus curieux, c'est qu'elle redevint lucide et raisonnable sans que rien ne fût changé à sa situation et aux accidents qui subsistaient du côté de l'utérus. Je me décidai alors à l'opérer à nouveau par la voie abdominale. Je réussis en opérant par les deux voies à enlever une poche purulente, trois fibromes et les débris de la cavité utérine qui persistaient avec les ovaires. Cette nouvelle opération fut suivie d'un succès parfait, et les accidents cérébraux disparus ne reparurent pas.

Ainsi cette femme avait fait de la folie alors que ses ovaires avaient subsisté, et lors de l'ablation complète de l'utérus et des ovaires, aucun accident cérébral n'avait reparu.

En somme, on peut admettre que chez des prédisposées : 1° les opérations sur l'utérus et les ovaires peuvent, en de rares circonstances, amener des troubles psychiques. Il y a en cela quelques faits positifs qui sont bien loin de permettre aux adversaires des opérations abdominales d'affirmer que les ablations d'ovaires mènent à la folie.

Il ne faut pas admettre que, parmi les traumatismes, ceux seulement des ovaires soient susceptibles d'amener des accidents mentaux.

Il y a longtemps que l'on a affirmé l'influence du traumatisme sur la folie. Le traumatisme influent peut être bien éloigné de la sphère génitale.

Je me souviens d'une observation que j'ai souvent entendu rapporter dans ma jeunesse, qui avait trait à un officier de marine assez connu, qui avait dû interrompre son service un temps pour des troubles psychiques. Il avait été interné, il avait paru si bien guéri, qu'il avait pu reprendre son service et l'accomplir régulièrement pendant bien des années. Le souvenir de sa folie paraissait complètement effacé lorsque, pendant le cours d'un congé, il tomba d'une échelle sur laquelle il était monté et se fractura un bras. Il ne parut pas d'abord en être très troublé, mais au cours du traitement de cette fracture, il fut repris de sa folie et cette folie persista malgré la guérison parfaite de son bras, si bien qu'il passa le reste de son existence, c'est-à-dire de longues années, dans une maison d'aliénés.

Cette seule citation suffirait à montrer qu'il ne faut pas relier trop nettement la folie post-opératoire aux opérations abdominales. Mais il faut admettre la possibilité de la complication pour des prédisposées et lorsque le fait se reproduit, il faut chercher avec soin les antécédents des sujets.

Il serait aussi intéressant de savoir si le traumatisme opératoire

peut avoir une action inverse et amener une commotion bienfaisante chez certaines aliénées. Je suis, avec quelques-uns de mes collègues, très disposé à l'admettre, ayant certains faits qui paraissent me donner raison.

J'ai eu l'occasion d'opérer une femme qui présentait des troubles cérébraux sérieux en relation avec des règles douloureuses. Je ne puis dire qu'elle ait été guérie de ses accidents, mais ils ont été très modifiés et ont permis depuis une vie presque régulière.

Certains cas de folie sont si intimement liés avec des phénomènes menstruels, que l'on conçoit l'opportunité de l'intervention par l'ablation des organes malades. Il semble bien que l'on ait eu tort de ne pas persévérer dans cette voie, non pas en enlevant systématiquement des ovaires sains pour agir sur la folie, mais en enlevant des organes malades dont l'état morbide peut, chez les prédisposées, faire naître et entretenir la folie.

L'ablation de cet organe peut jouer, chez les aliénés, un rôle bienfaisant, comme elle le joue très certainement chez les hystériques.

Pancréatite suppurée et gangreneuse,

par M. le Dr A. GUINARD.

Depuis quelques mois j'avais l'attention en éveil sur l'infection et la suppuration du pancréas. M. Page, interne de mon maître, M. Peyrot, préparait sur ce sujet une thèse importante qui vient de paraître la semaine dernière. Récemment, j'ai observé un fait dont l'interprétation vraie m'aurait sans doute échappé si je n'avais eu l'attention attirée du côté du pancréas par mes conversations journalières avec M. Page.

Et de fait, on se demande pourquoi on ne songe pas plus souvent aux infections du pancréas. En France, cette volumineuse glande est pour ainsi dire restée du domaine médical pur. Mais il n'en est pas de même à l'étranger, et M. Page a pu réunir dans sa thèse 89 observations de pancréatite suppurée et gangreneuse. En Allemagne et en Amérique, les études abondent sur ce sujet depuis quelques années. Mais jusqu'aux mémoires de Körte qui datent de 1894 et de 1896, ce n'étaient que des trouvailles d'autopsie, comme on en peut rencontrer quelques-unes dans nos vieux auteurs français. Fitz en avait réuni 39 cas en 1889 et M. Page en trouve 45 publiés depuis huit ans, dont un seul en France, observé par Nicolas (de Lyon).

Le moment est donc venu d'appeler l'attention des médecins

sur la chirurgie du pancréas; et je suis convaincu que nous allons assister en petit, pour cette glande, à ce qui s'est passé naguère pour l'appendicite. Les faits de pancréatite suppurée vont se multiplier rapidement : il suffira, comme le dit Körte, de se rappeler « que les malades ont un pancréas ». Et en établissant soigneusement la symptomatologie des faits connus, on arrivera à une conception clinique suffisamment précise pour que le diagnostic soit facilement porté dans un grand nombre de cas. Jusqu'ici, en comptant mon observation, Page en a trouvé 12 où l'intervention chirurgicale a pu être tentée. Il y a eu 6 guérisons et 6 morts. Le résultat est encourageant, et il est clair que par la suite cette statistique deviendra bien meilleure.

Voici d'abord un résumé de mon observation, qui est publiée dans ses détails, à la page 55 de la thèse de M. Page.

Mme L... est âgée de cinquante et un ans. C'est une arthritique sujette au lumbago et aux coliques néphrétiques. Au commencement de décembre dernier, après avoir mangé plusieurs fois de suite du gibier faisandé, elle eut pendant deux ou trois jours, un malaise spécial qui lui fit craindre le retour de ses coliques néphrétiques. Dans la nuit du 3 au 4 décembre, elle fut réveillée vers minuit par une douleur qui, dit-elle (elle est très intelligente), ne ressemblait en rien à la douleur déjà éprouvée de la colique néphrétique : cette douleur extrêmement violente, paroxystique, avait son maximum un peu en dedans de la ligne mammaire gauche, entre le rebord costal et l'ombilic, avec irradiation vers le bas-ventre. La malade dut rester courbée en deux jusqu'à cinq heures du matin; et le calme revint à la suite d'applications de compresses chloroformées.

Les jours suivants, la malade fut obligée de garder le lit : elle était très abattue, très faible, avec quelques nausées sans vomissements. Une constipation opiniâtre céda à des laxatifs répétés. La température oscillait entre 38 degrés et 39 degrés.

Cinq jours plus tard, il y a tout à coup un écoulement très abondant de pus par le vagin et le toucher montre un empâtement du cul-de-sac postérieur. Cet écoulement cesse après dix jours de lavages répétés. A ce moment, violent point de côté à gauche, et l'auscultation montre quelques frottements à la base gauche. Depuis, les médecins, appelés en consultation, ont tous penché pour une pleurésie, bien que les signes fussent peu marqués. Ce qui prédominait, c'était la matité absolue dans la ligne axillaire au niveau des 8e, 9e et 10e côtes gauches.

Les mêmes symptômes avec obscurité de la respiration à la base gauche ont persisté deux mois et demi : la malade sans souffrir beaucoup s'affaiblissait de plus en plus : tout appétit avait disparu ; l'amaigrissement devenait extrême ; il y avait quelques accès irréguliers de fièvre. Jamais de sucre ni d'albumine dans les urines.

C'est dans ces conditions que je fus appelé à voir la malade. Devant l'incertitude du diagnostic, je fis deux ponctions avec une grande

aiguille dans le 9e espace intercostal. La seconde, dirigée de haut en bas, amena un peu de pus fétide. Je pensai alors à un abcès sous-phrénique et comme les symptômes ressemblaient fort à ceux des observations rassemblées par notre interne, M. Page, je diagnostiquai une pancréatite suppurée.

Le 27 février 1898, le Dr Philippeau donnant le chloroforme, je fis, avec l'aide de M. Page, l'opération suivante. Après m'être assuré que la palpation abdominale ne décelait aucune induration dans le ventre et dans la région lombaire, je me décidai à agir directement là où j'avais eu du pus par ma ponction. Sur la ligne axillaire, je commençai une incision le long de la 9e côte en remontant de 10 centimètres en arrière et en haut. J'enlevai la 9e côte sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Je trouvai la plèvre pariétale adhérente à la plèvre diaphragmatique et le lobe inférieur du poumon venait, à chaque mouvement respiratoire, obstruer la plaie en refoulant en bas les adhérences. Quand j'eus bien acquis la certitude qu'il n'y avait pas de liquide du côté du thorax, j'incisai franchement le diaphragme et j'arrivai dans une masse de tissus indurés saignants que je dus traverser sur une épaisseur de 3 à 4 centimètres avant de rencontrer le pus. Un flot de liquide infect jaillit de la profondeur et le doigt pénètre dans une loge anfractueuse dont il ne peut atteindre le fond. Cette cavité a deux diverticules : l'un qui se dirige verticalement en bas, l'autre qui va transversalement du côté de la colonne vertébrale. Le pus était blanchâtre, séreux, avec des masses sphacélées qui, macroscopiquement, donnaient absolument l'idée de fragments de pancréas gangrenés. Ces fragments ont été examinés avec soin. En dernière analyse, M. Malassez n'a pu affirmer qu'il y eût sur les coupes, du tissu pancréatique ; il a constaté seulement des parties sphacélées sans structure, du tissu adipeux, des traces d'hémorrhagies anciennes très abondantes et de nombreux microorganismes.

La plaie reçut deux gros tubes en caoutchouc placés dans les diverticules, l'un horizontalement, l'autre verticalement, et après un grand lavage à l'eau phéniquée, fut bourrée de gaze. Deux jours après, la malade demandait à manger ; en quelques jours, l'appétit perdu depuis plus de trois mois était revenu et actuellement tout est terminé. La malade sort et reprend sa vie habituelle. Les urines récemment analysées ne contiennent toujours pas trace de sucre.

Telle est mon observation. J'ajoute que ma malade avait vu paraître, depuis le début de son mal, un grand nombre de taches brunes sur la peau de l'abdomen. Des plaques pigmentées se voyaient à la base du thorax à gauche et sur la peau jusqu'à l'os iliaque, absolument comme dans la pigmentation des femmes enceintes. Ces taches disparaissent complètement depuis l'opération et la peau reprend partout sa coloration normale.

On pourra me demander s'il s'agit bien là d'une suppuration et d'une gangrène du pancréas, puisqu'on n'a pas trouvé de tissu

pancréatique dans les coupes. Il suffit de lire les observations publiées pour voir qu'il en est toujours de même. Körte a même enlevé un pancréas entier sphacélé sans y trouver trace de tissu glandulaire. On verra de même que, dans la généralité des cas, la caractéristique est dans les noyaux hémorrhagiques; tels que ceux que M. Malassez a vus sur nos coupes. Ces hémorrhagies sont la règle, en cas de nécrose du pancréas. L'examen du cas d'Elliot montra à Whitney des globules sanguins altérés, du tissu adipeux, des bactéries en abondance, absolument comme dans mon observation.

Au point de vue clinique, tout concorde chez ma malade avec les symptômes le plus habituellement constatés. L'écoulement du pus par le vagin n'a rien de surprenant; on trouve une collection purulente dans le bassin chez deux malades de Körte, chez des malades de Haller, de Klob, etc. On ne saurait non plus songer à un abcès périnéphrétique haut situé, car il n'y a jamais eu de tuméfaction lombaire, et ce serait un phlegmon périnéphrétique bien extraordinaire que ce phlegmon allant du pancréas au vagin sans faire saillie aux lombes. De plus, les coliques néphrétiques antérieures avaient toujours siégé à droite, et la malade affirmait bien que les douleurs du début ne ressemblaient pas à celles des coliques néphrétiques. J'ajoute qu'il n'y a ni pus, ni sable dans les urines. En somme, je reste convaincu qu'il s'agissait bien là d'une infection gangréneuse de la queue du pancréas.

Je profite de cette observation pour dire, en deux mots, à quels symptômes on peut reconnaître la pancréatite.

Le début est presque toujours absolument brusque et soudain. Le malade est pris, en pleine santé, d'une douleur violente au-dessus de l'ombilic, dans la région épigastrique ou plutôt un peu à gauche entre le rebord costal et l'ombilic. C'est exactement ainsi que les choses se sont passées pour ma malade. Parfois, il y a eu des prodromes de quelques jours et il y a eu de la gastro-entérite, ou des coliques hépatiques, ou des signes d'ulcère duodénal. Puis, la douleur brusque du début s'accompagne de vomissements, de constipation et de prostration générale.

Dans presque toutes les observations, on retrouve cette triade symptomatique : la douleur, les vomissements, la constipation. C'est, comme on le voit, la clinique des infections aiguës du péritoine : mais ce qu'il y a de remarquable dans la pancréatite, c'est que tous ces signes s'atténuent au bout de quelques jours; jamais la température ne dépasse 39 degrés le soir; mais dans les cas suraigus, il y a eu de l'hypothermie à 35 degrés; alors la mort peut survenir dans les quarante-deux heures (cas de Kennan), en deux jours (cas de Franck) ; en trois jours (cas de Hovenden et de

Rolleston). Plus souvent, la marche est subaiguë et l'affection devient presque latente. L'amaigrissement rapide est alors un symptôme constant, avec asthénie progressive, mais l'examen local reste presque toujours nul.

La pigmentation de la peau, notée chez ma malade, a été observée par Körte, et Fitz l'a aussi signalée et cela sans que l'autopsie ait révélé une lésion des capsules surrénales.

Dans un tiers des cas environ, on a eu de l'ictère par compression du cholédoque ou par angiocholite calculeuse. Enfin l'ascite et l'œdème des membres inférieurs par compression veineuse ont été notés aussi.

Quant au diabète, j'insiste sur ce fait, il est très rare. Il n'a pas été rencontré plus d'une fois sur vingt. La chose est à retenir: d'autant mieux que, dans un cas de Körte, deux ans après l'opération, la malade, qui n'avait jamais eu de sucre dans l'urine, présenta les symptômes du diabète maigre avec 60 grammes de sucre par litre.

En dehors de cette forme subaiguë, citons la marche chronique dans laquelle la maladie a duré jusqu'à douze mois; mais cela ne se voit que dans un sixième des cas (Fraentel, Shea, Perle, Rigal).

Abandonnée à elle-même, l'affection a toujours été fatale ; mais l'intervention chirurgicale donnera assurément des résultats excellents. Sur les douze cas où on a opéré, il y a six guérisons en comptant la mienne.

Jusqu'ici on a toujours abordé le pancréas par la voie antérieure ou transpéritonéale et par la voie lombaire. Mon opérée est la première pour laquelle on ait suivi la voie latérale ou transpleuro-péritonéale. Huit fois sur douze, on a fait la laparotomie sus-ombilicale ! six fois sur la ligne médiane. Rosembach a débridé ensuite transversalement en haut pour avoir du jour. Walsh a incisé à partir de l'appendice xyphoïde en suivant le rebord costal. Körte ouvrit une fois en plein sur la tumeur à gauche de l'ombilic.

Tous les chirurgiens ont alors eu le souci de protéger la grande cavité contre l'effusion du pus : pour cela, on a cherché à marsupialiser l'arrière-cavité des épiploons en suturant le grand épiploon incisé aux lèvres de la plaie pariétale. On arrive ainsi, en écartant l'estomac par en haut et le côlon transverse par en bas, dans la région du pancréas.

Walsh et Körte ont voulu extirper, par cette voie, l'organe sphacélé. Walsh eut, en arrachant les débris, une grave hémorrhagie qui céda à un fort tamponnement. Le malade de Körte n'eut pas d'hémorrhagie mais succomba ultérieurement: les pinces et la curette avaient pu extraire la queue du pancréas. Disons enfin que Pearce Gould et Körte ont fait une contre-ouverture sous la dou-

zième côte en dehors du rein gauche, et Pearce Gould referma même ensuite complètement l'abdomen en avant.

Pour la voie lombaire, c'est Körte, seul, qui l'a mise en œuvre dans trois cas. Mais cette voie, qui a l'avantage d'être extra-péritonéale, ne saurait répondre qu'aux cas où la collection péri-pancréatique n'a pas infecté l'arrière-cavité des épiploons et vient faire saillie dans le flanc gauche, ce qui est l'exception.

Reste la voie transpleuro-péritonéale, qui m'a donné un si beau succès. Je ne peux pas me prononcer dès maintenant sur sa valeur en général, et il faudra d'autres faits pour conclure.

Les résultats thérapeutiques ont été complets dans les six cas connus de guérison. L'opérée de Walsh partit guérie dix-sept jours après l'opération. Une seule fois, chez une opérée de Körte, une fistule, au bout de deux mois, laissait sourdre un liquide alcalin qui érodait les bords de la plaie et émulsionnait les graisses. La fistule se ferma au bout de six mois; mais deux ans après la malade devenait diabétique.

On voit, par ces beaux résultats chirurgicaux, quel intérêt il y a à faire le diagnostic de la pancréatite. Fitz est le premier qui ait su porter ce diagnostic; mais Cutler, Elliot, Körte ont depuis dépisté cette affection, et moi-même j'ai pu diagnostiquer la pancréatite chez ma malade. Je signale en terminant un fait dont je n'ai encore rien dit et qui me semble absolument inconnu en France, ainsi que les recherches consciencieuses de M. Page le démontrent. Je veux parler de ce symptôme que les Allemands appellent la « *fettne-crose* » ou *nécrose graisseuse*. Cette *fettne-crose* n'est pas absolument et toujours liée à une lésion du pancréas. Cependant, sur cinquante-trois cas de nécrose graisseuse réunis par Herbert Williams, il y en avait six seulement pour lesquels une affection du pancréas n'était pas démontrée. « Depuis 1882, dit M. Page, année où Balser décrivit cette lésion, nous avons compté vingt-neuf fois la nécrose graisseuse signalée. »

La nécrose graisseuse consiste en une altération de certains lobules adipeux qui deviennent des nodules opaques, blancs, grisâtres, de consistance crayeuse, ayant un volume variable d'une tête d'épingle à un haricot. Les plus nombreux ont le volume d'une lentille, d'un grain de plomb, d'un pois. Ils siègent en nombre considérable dans la graisse sous-péritonéale, et quand, au cours d'une laparotomie, on en trouve dans l'épiploon, le mésentère, le mésocôlon, etc., on doit penser aussitôt à l'existence d'une pancréatite.

Mais on peut voir aussi, dans la remarquable thèse de M. Page, que, dans une forme plus rare, ces petites tumeurs peuvent appa-

raître sous la peau de l'abdomen; c'est ce qu'on a appelé la *nécrose graisseuse multiple ou disséminée.* Balser et Chiari en ont rencontré dans le tissu sous-péricardique, et c'est dans la moelle osseuse que Ponfick les a d'abord découverts.

Je ne voulais ici qu'appeler l'attention sur ces faits qui sont peu connus encore.

Je répète, en terminant, qu'il suffit d'avoir l'attention attirée du côté de cette volumineuse glande pancréatique, qui doit être aussi sujette à s'infecter par son canal excréteur, que le foie ou la parotide.

Je pense que bon nombre d'abcès dits « sous-phréniques » ne sont pas dus à d'autre cause, et que peut-être bien tous ces abcès dits « péri-néphrétiques », que Tuffier décrit sous le nom « d'abcès péri-néphrétiques sous-rénaux » dans le *Traité de chirurgie*, sont dus à l'infection du pancréas plutôt qu'à celle du rein. Comme le fait remarquer M. Page, Tuffier signale que, dans certains de ces abcès, « le pancréas peut-être ratatiné et noirâtre ». J'ajoute que notre collègue termine son étiologie des abcès péri-néphrétiques en disant que « chez certains malades, le clinicien cherche en vain l'origine des lésions et l'on est obligé d'étiqueter la maladie sous la rubrique : cause inconnue » (1).

Je demande simplement que dorénavant on pense au pancréas dans les cas analogues.

M. Tuffier. — La communication de M. Guinard est très intéressante; mais je me demande s'il s'agit bien là vraiment de pancréatite suppurée. Ce n'est pas parce que l'on trouve un abcès près du pancréas qu'on peut affirmer qu'il en vient, d'autant plus que dans aucune observation on n'a pu retrouver de tissu glandulaire dans les débris de ce qu'on dit être le pancréas. Aussi, je ne suis pas complètement convaincu.

Présentation de malades.

M. Guinard. — J'ai l'honneur de présenter à la Société le malade auquel j'ai enlevé le ganglion de Gasser, dont j'ai parlé dans la dernière séance. Les troubles trophiques sont peu accusés.

J'ai fait à ce malade trois opérations : la première, celle de

(1) *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, t. VII, p. 552.

Jahr, la deuxième de Lawson Bronn, les douleurs étaient toujours aussi terribles, les crises se renouvelaient toutes les trois minutes et le malade s'était usé complètement un côté de la moustache par le frottement de son mouchoir sur l'endroit douloureux.

J'ai enlevé le ganglion, depuis lors le malade ne souffre plus.

Ostéotomie sous-trochantérienne oblique pour remédier à l'attitude vicieuse d'une luxation iliaque de la hanche ankylosée consécutive à une coxalgie.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme de vingt et un ans, entré dans mon service en juin 1897 pour une luxation pathologique de la hanche consécutive à une coxalgie datant de cinq ans, avec flexion, abduction et rotation du pied en dehors, telle que le pied malade fait presqu'un angle droit avec le sain. Il est remarquable de voir cette attitude dans la variété de luxation iliaque. Le raccourcissement par atrophie et déplacement est de 6 cent. 1/2 pour le membre gauche malade. Claudication considérable.

Nous fondant sur un excellent résultat obtenu sur une jeune fille, l'année précédente, nous pensons faire une ostéotomie sous-trochantérienne *oblique* pour corriger les principales déviations et remédier en même temps au raccourcissement. Celle-ci a été pratiquée le 21 octobre 1897.

Traction continue, interrompue pendant quinze jours à trois semaines — essai de 5 à 7 kilogrammes avec l'appareil d'Hennequin — cessée le 15 mars.

L'opéré se lève depuis trois semaines ; on l'a massé tous les jours depuis un mois, six semaines

Vous pouvez voir le résultat obtenu, qui est très bon.

En somme, le malade marche facilement avec une canne et même sans aucun soutien.

Le raccourcissement est corrigé de 4 centimètres environ, et vous pouvez voir que la déviation du pied a totalement disparu. Il y a des mouvements assez étendus dans la néarthrose iliaque, avec bonne fixation de la tête fémorale.

M. Kirmisson. — M. Schwartz attire l'attention sur la pseudarthrose : en effet, le rétablissement des mouvements n'est pas à proprement parler le but qu'on se propose et pourtant on le voit survenir par le traitement.

Extirpation d'une phlébite variqueuse de la saphène interne à la cuisse. Ablation d'un grand lambeau longitudinal comprenant les varices de la jambe. Bas naturel.

M. SCHWARTZ. — J'ai l'honneur de vous présenter un second opéré auquel j'ai enlevé, le 15 mars, il y a juste un mois, une grosse phlébite variqueuse de toute la saphène interne à la cuisse. Elle constituait une tumeur gênante et même douloureuse qui eût mis peut-être deux ou trois mois à se résoudre.

J'ai en même temps réséqué un long lambeau cutané de la jambe comprenant des veines variqueuses et confectionné par la suture un vrai bas naturel.

L'opéré est sorti guéri le 25 mars, soit vingt jours après l'intervention.

Vous pouvez voir le bon résultat actuel, qui, je l'espère bien, se maintiendra d'après les faits que j'ai déjà par devers moi.

M. PICQUÉ. — Je tiens à rapprocher du fait intéressant de M. Schwartz deux cas que j'ai eu l'occasion d'observer l'année dernière dans mon service de l'hôpital Dubois. Ils démontrent bien les ressources que la chirurgie possède dans les cas de varices enflammées ou douloureuses.

Premier cas (d'après le registre statistique du service). — M[lle] C..., vingt-neuf ans, entrée le 20 novembre 1897. (Division des femmes.) Les varices qui l'amènent à l'hôpital datent de l'âge de seize ans.

Depuis six ans, la malade en souffre beaucoup; surtout depuis deux ans les douleurs sont devenues très intenses principalement pendant la station verticale. Œdème des jambes le soir. Elle a été soignée récemment pendant huit mois pour une phlébite double à répétition.

Etat à l'entrée : il existe au-devant de la rotule, du côté droit, une tumeur variqueuse proprement dite, de l'extrémité supérieure de laquelle émerge la saphène interne qui est manifestement saillante jusqu'à la partie moyenne de la cuisse où elle disparaît.

Du côté gauche, existe également une dilatation variqueuse peu développée de la saphène interne.

La malade réclame avec insistance une intervention, qui est pratiquée le 23 novembre (du côté droit seulement).

Le membre placé dans la *position déclive,* la bande de Perier est mollement appliquée de façon à n'interrompre que la circulation veineuse : la dissection commence par la partie inférieure. Le paquet variqueux est mis à nu et la dissection prolongée jusqu'en haut dans les parties superficielles. La ligature supérieure est alors placée, et la dissection facilement continuée jusqu'en bas, c'est-à-dire jusqu'au niveau du paquet variqueux qui est lié en masse.

Réunion de la longue plaie cutanée. Pansement compressif. La réu-

nion se fait par première intention et la malade quitte le service au douzième jour. Revue le 15 février, les douleurs ont complètement disparu, la malade est enchantée du résultat.

Deuxième cas. — R... (Léon), employé de commerce (résumé du registre statistique), vingt-huit ans, présente une grosse veine serpentine dans la région sus-pubienne, qu'elle traverse transversalement. Elle vient de chaque côté s'aboucher dans la veine fémorale au voisinage du confluent de la saphène.

Dans la station verticale, la veine atteint le volume du médius et provoque des douleurs vives. La résection totale est pratiquée sur la demande du malade, et la dissection poursuivie de chaque côté, jusque sur la veine fémorale. Deux branches anastomotiques venant des veines péniennes se jettent perpendiculairement sur la partie moyenne de son trajet. Le résultat est excellent. Réunion immédiate par première intention. Le malade est revenu récemment nous voir.

Je demanderai à la Société de lui présenter ces deux malades à la première occasion.

Les faits de ce genre se multiplient d'ailleurs chaque jour, mais j'ai cependant pensé qu'il était intéressant de vous signaler ces deux cas.

Présentation de pièces.

Lymphangiome kystique de l'aisselle.

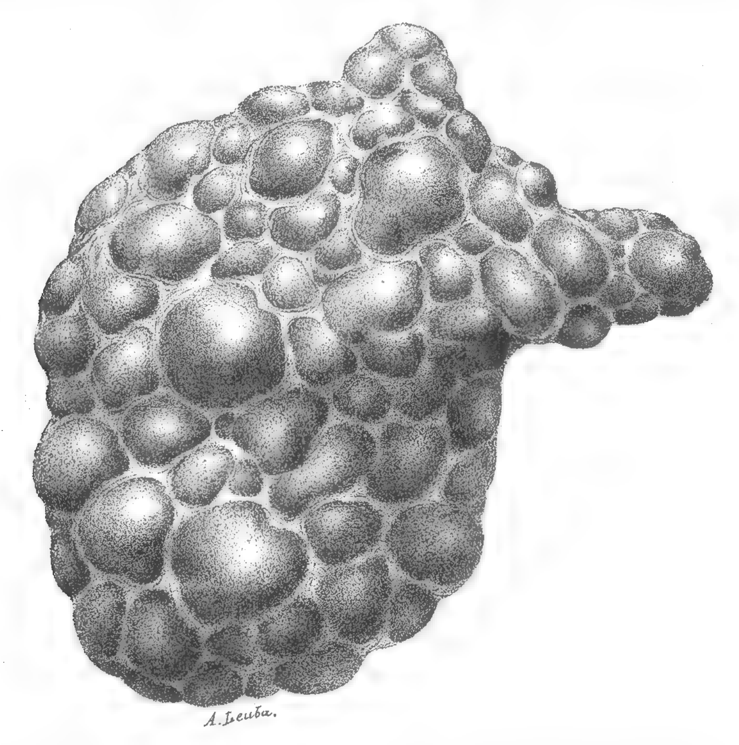
M. Lejars. — J'ai l'honneur de vous présenter une tumeur assez rare de l'aisselle, que j'ai enlevée chez un homme de trente-deux ans.

Cet homme, très vigoureux, sans aucun passé morbide, m'était adressé, en avril 1897, par mon collègue le Dr Launois. Depuis deux ans, il s'était aperçu de l'existence, dans son aisselle droite, d'une petite tumeur indolente, qui le gênait seulement quelque peu lors des mouvements étendus. La tumeur avait grossi lentement, et, dans les derniers temps, quelques irradiations douloureuses avaient lieu dans le bras droit, mais d'une façon toute passagère et sans autre accident.

La face interne de l'aisselle était occupée par une masse ovoïde, du volume du poing, qui dessinait un relief assez net et se prolongeait vers le sommet de la région. Recouverte d'une peau mobile et de coloration absolument normale, cette masse était elle-même mobile sur le plan profond, mais la consistance toute particulière qu'elle donnait aux doigts en rendait les contours un

peu fuyants et empêchait de retrouver ce déplacement aisé, en masse, des tumeurs encapsulées, non adhérentes. De fait, cette consistance était molle, pseudo-fluctuante, ou plutôt spongieuse. Les caractères physiques n'étaient aucunement ceux des tumeurs ganglionnaires : ils ne rappelaient pas davantage la fluctuation franche de l'abcès froid.

L'hypothèse qui nous parut la plus plausible fut celle de lipome mou, et l'extirpation fut pratiquée le 7 avril 1897. Une fois la peau incisée et après avoir traversé une lame graisseuse



assez mince, nous vîmes paraître une sorte d'épais gâteau polykystique noirâtre, et notre première pensée fut que nous nous trouvions en face d'une de ces tumeurs érectiles veineuses, appendues aux grosses veines, et dont plusieurs exemples ont été publiés, surtout au cou. Ce fut donc avec beaucoup de prudence que la décortication fut poursuivie : de fait, par sa face interne, la tumeur kystique était étroitement accolée aux vaisseaux axillaires, et surtout à la veine, mais sans qu'il y eût d'adhérence véritable ; de plus, elle se prolongeait en haut, toujours le long de la veine, par une sorte de pointe mousse, qui fut libérée et énucléée la dernière. Nous avions pu, de la sorte, extraire toute la

masse, sans l'ouvrir. La plaie fut réunie et la guérison se fit sans accident.

La tumeur polykystique ressemblait, à s'y méprendre, le volume mis à part, à ce gros rein polykystique que j'ai étudié dans ma thèse. De grosseur variable, les kystes étaient disséminés dans une gangue grisâtre, qui dessinait en minces travées, leurs interstices ; ils étaient de coloration très différente, du rouge foncé au brun clair ; ils figuraient, par leur agglomération, une masse tremblotante, dont toutes les cavités semblaient communiquer entre elles. En effet, l'un des kystes ayant été accidentellement rompu, pendant cet examen, tout le contenu liquide s'échappa au dehors, et, en quelques instants, la tumeur s'affaissa et fut réduite à sa charpente fibreuse aérolaire; ce n'était plus qu'une poche vide à paroi très mince, et segmentée, par une série de cloisons incomplètes, en logettes irrégulières.

L'examen histologique pratiqué par M. Launois a montré que le liquide des kystes contenait une grande quantité de globules blancs. Quant au stroma de la tumeur, il était essentiellement formé de tissu conjonctif, irrigué par des vaisseaux nombreux et volumineux ; de place en place, on retrouvait, de plus, des fibres lisses, et de petits foyers hémorrhagiques. Le mauvais état de conservation de la tumeur ne permit pas une analyse plus détaillée.

Elle suffit cependant, croyons-nous, rapprochée des caractères macroscopiques de la tumeur, pour justifier la dénomination de lymphangiome kystique.

Sans entrer, du reste, dans aucune discussion pathogénique, nous nous contenterons de rappeler que ces kystes congénitaux de l'aisselle sont rares, puisque notre collègue Demoulin (1), dans un très intéressant mémoire, n'a pu en réunir que sept observations. Le développement tardif de la tumeur est un fait bien connu dans l'évolution générale des kystes congénitaux ; chez notre malade, ce fut à trente ans que la masse polykystique commença à grossir et manifesta sa présence. Nous ferons seulement remarquer qu'il s'agissait, ici, non point d'un gros kyste, entouré de quelques poches de moindre volume, mais d'un épais amas des kystes conglomérés. Et cette architecture particulière expliquait les sensations recueillies au palper et la confusion faite avec le lipome mou.

(1) Demoulin: *Des kystes séreux congénitaux de l'aisselle*, 1 broch., Steinheil, 1888.

Appendice communiquant largement avec le cæcum.
Appendicite à rechute.

M. Jalaguier. — L'appendice que je vous présente a été enlevé, il y a douze jours, sur une femme de trente-deux ans, atteinte depuis huit ans de colite glaireuse et qui avait subi quatre crises d'appendicite depuis le mois de septembre 1897. L'appendice dilaté, très vasculaire, adhérait à l'épiploon par son extrémité. Il était distendu par des gaz qu'il me fut possible de faire refluer dans le cæcum en produisant un gargouillement caractéristique. Inversement, la pression sur le cæcum refoulait les gaz dans l'appendice.

Je présente cette pièce à cause de sa rareté; c'est la première fois que je trouve un appendice aussi distendu par des gaz.

D'autre part, sans vouloir rouvrir la discussion sur la pathogénie de l'appendicite, je ferai remarquer que la libre communication de l'appendice avec le cæcum était, ici, incontestable.

J'ai assisté à la dernière crise d'appendicite avec le Dr Ribard; elle a été violente, avec plastron caractéristique qui n'a pas mis moins de six semaines à se résorber.

Prix à décerner en 1898.

Prix Marjolin-Duval (300 fr.). — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année* 1897. — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1,200 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet de chirurgie.*

Prix Ricord (300 fr.). — *A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années* 1896-1897 *ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre société.*

Prix Gerdy (1,022 fr.). — *Des névrites périphériques au point de vue chirurgical.*

Prix à décerner en 1899.

Prix Demarquay (775 fr.). — *Le cancer du gros intestin* (*rectum excepté*).

Prix Marjolin-Duval; Prix Laborie. — Comme en 1898.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au Secrétaire général de la Société de Chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1898.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Pour les autres conditions de ces concours, voir le premier fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* de l'année courante.

Le Secrétaire annuel,

P. REYNIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1898

Présidence de M. Berger

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix, et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. Ricard. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société, de la part de M. Jonnesco :

1° Une communication au XII[e] Congrès de Chirurgie;
2° Travaux de l'Institut d'anatomie topographique et de chirurgie de Bucarest;
3° Tome I[er] des *Archives des sciences médicales de Bucarest*;
4° *Revista de chirurgie de Bucarest*, en roumain;
5° Un volume de Monographies.

Discussion.

Sur les psychoses post-opératoires (suite).

M. Routier. — Comme mes collègues, j'ai observé quelques cas de délires post-opératoires, et comme eux, je viens vous les faire connaître.

Il faut bien distinguer, je crois tout d'abord, ces délires qui surviennent de suite après les interventions chirurgicales, que

celles-ci portent sur la sphère génitale ou en dehors d'elle. Comme M. Lucas-Championnière, je ferai bon marché de ce qu'on a appelé autrefois le délire des blessés, car je suis convaincu que ce sont des délires septicémiques, et que l'état psychique du sujet en est tout à fait indépendant; ces délires du reste sont le plus souvent suivis de mort, je n'insiste pas.

Mais il est une variété de délires post-opératoires qu'il est fort difficile quelquefois de cataloguer, et on se demande, plus ou moins longtemps, s'il s'agit de délires toxiques, médicamenteux ou de troubles psychiques.

J'en ai observé un cas l'année dernière, qui m'a beaucoup embarrassé; aujourd'hui encore, je me demande s'il faut en accuser l'iodoforme ou l'état mental du sujet qui, cependant, avait toujours été excellent, comme il l'est du reste redevenu dans la suite.

Voici le fait :

Le 21 mars 1897, j'opérais d'urgence, pour une péritonite appendiculaire, une jeune femme de trente et un ans, cuisinière. L'opération consista en une ouverture de l'abdomen sur le bord du muscle droit, comme c'est mon habitude, suivie de la résection de l'appendice gangrené qui vint s'offrir au niveau de l'incision, et enfin du lavage de l'abdomen avec de l'eau salée, à 7 p. 100 stérilisée.

Je laissai dans mon incision un drain calé par 2 mèches de la gaze iodoformée des hôpitaux, qui contient 10 grammes d'iodoforme par mètre carré.

Cette malade, dont la fièvre tomba après mon intervention, qui resta apyrétique et qui a guéri, fut prise quarante-huit heures après l'opération d'un délire bruyant portant sur sa profession et son état personnel.

Elle était très malheureuse, se croyait damnée parce qu'elle avait volé sa maîtresse, et ne cessait ses plaintes sur ce point que pour en reprendre d'autres ayant pour cause sa jalousie conjugale.

Ce délire dura cinq semaines; la malade était guérie, se levait, aidait même dans le service, qu'elle n'était pas encore débarrassée de ses obsessions; je la plaisantais sur ses sujets de délire, elle avouait que c'était absurde et recommençait.

Elle est sortie parfaitement guérie ; j'ai su par ses maîtres, que je connais, qu'elle n'avait pas du tout le défaut dont elle s'accusait, elle ne faisait pas du tout danser l'anse du panier, et quant à ses accès de jalousie conjugale, il paraît qu'ils n'étaient pas non plus justifiés.

Tout autre était le délire du malade dont vous a parlé M. Picqué,

malade qu'il avait trouvé dans un asile d'aliénés, avec une fistule sus-pubienne dont j'étais l'auteur.

Ce n'est que longtemps après l'établissement de cette fistule, destinée à remédier à des accidents de prostatisme et de cystite, que ce malade était devenu mélancolique : je suis enchanté de savoir que l'oblitération de sa fistule l'a guéri ; quoi qu'il en soit, ce sera une cause de plus pour nous rendre très circonspects sur la cystostomie sus-pubienne dont nous avons certainement abusé.

J'ai eu encore un cas de délire hypochondriaque chez un malade que j'avais castré, pour tâcher de diminuer sa prostate ; ce cas rentre dans une classe trop connue pour que j'y insiste ; je dirai cependant que son délire a cessé et qu'il avait été vraiment amélioré du côté de la vessie.

J'ai de temps à autre, deux ou trois fois l'an, à ma consultation, la visite d'une pauvre femme, à part cela parfaitement bien portante, mais qui a du délire mélancolique, avec des phases de persécution ; elle m'écrit alors des lettres incohérentes.

Je l'ai opérée, en août 1886, d'une énorme épiplocèle ombilicale, puis en février 1888, d'un gros kyste dermoïde de l'ovaire gauche inclus dans le ligament large.

Ce n'est guère que depuis 1889 qu'elle divague. Elle a aujourd'hui cinquante-huit ans.

En 1892, j'ai opéré d'un kyste de l'ovaire tordu sur son pédicule une jeune femme de trente-quatre ans, les annexes du côté opposé, malades et kystiques, furent aussi enlevés ; l ablation n'a pas dû cependant être bien complète, puisque cette dame a conservé ses règles depuis, très régulières. Sa santé est d'ailleurs parfaite. Elle n'a pas de délire, mais depuis son opération, elle a de l'agoraphobie ; elle n'ose pas traverser une rue toute seule, cependant elle monte à bicyclette et va sans hésitation dans Paris, si elle sait être suivie par quelqu'un ; elle n'a même pas besoin que son compagnon passe devant.

J'ai encore souvenir d'un homme que j'ai observé, pendant que j'étais chef de clinique du regretté professeur Le Fort, entré dans le service pour une carie du sternum, fistuleuse depuis longtemps.

Le professeur Le Fort lui fit la résection totale du sternum : tout semblait aller bien, quand ce malade fut pris de délire, d'idées de persécution, et il se suicida en se labourant le péricarde et le cœur avec sa cuillère à soupe.

On ne peut accuser ici ni la septicémie, ni les divers médicaments qui peuvent donner lieu au délire, on sait quelle était l'horreur de mon ancien maître pour l'iodoforme et ses dérivés.

Enfin, j'ai encore à l'hôpital Necker, dans une chambre d'isolement, une jeune femme de vingt-deux ans, à qui j'ai dû pratiquer, le 29 décembre 1897, une hystérectomie abdominale totale pour remédier à deux gros pyo-salpinx, à un gros abcès rétro-utérin, et à un fibrome de la matrice.

L'opération, qui n'était certes pas de luxe mais bien imposée par les circonstances, fut particulièrement laborieuse, les suites auraient été assez simples, presque normales, si avec un état général rassurant, elle n'avait présenté huit jours durant 40 degrés de température axillaire expliquée peut-être par ce qui suit : deux jours après son opération, elle avait une énorme eschare sacrée ; quatre jours après, elle présentait une poussée confluente d'herpès labialis : toute sa figure était couverte de vésicules.

Le lendemain, cinquième jour, elle faisait deux énormes eschares de la face externe de ses deux cuisses, dans des régions où on avait fait des injections de sérum.

Enfin huit jours après, commençait une agitation incessante, elle poussait des cris jour et nuit, n'écoutant rien de ce qu'on lui disait, paraissant ne pas comprendre. Après un premier isolement, tout se calma ; je la repris dans nos salles, mais deux ou trois jours après, tout reprenait de plus belle, et aujourd'hui, isolée depuis plus de deux mois, elle crie comme au premier jour.

La réparation de ses eschares est particulièrement lente à se faire.

A côté de ces délires post-opératoires, je citerai, au contraire, le cas suivant : J'ai été appelé, en 1890, à opérer d'une colpo-périnéorrhaphie, du reste très nécessaire, une jeune femme de trente-deux ans, qui avait eu, à deux ou trois reprises, des troubles psychiques : c'est sur la demande de ses médecins, dont l'un aliéniste connu et compétent, que j'entrepris cette opération suivie du reste d'un succès complet. Après mon intervention, les troubles psychiques avaient disparu ; malheureusement ils viennent de réapparaître avec une intensité considérable, et je ne vois pas aujourd'hui quelle ressource pourrait offrir la chirurgie à cette malheureuse femme.

S'il est un point sur lequel nous sommes tous d'accord, à savoir, la possibilité d'observer le délire psychique après les opérations chirurgicales, non seulement après celles qui portent sur les organes génitaux, mais aussi après celles qui atteignent d'autres parties du corps, il est un autre point qui ne me paraît pas facile à élucider : quels sont les cas où nous devons craindre ce délire? que pouvons-nous faire pour le prévenir, ou le faire disparaître quand il s'est montré ?

En dehors des cas où on pourra faire cesser une infirmité, fer-

mer une fistule urinaire ou un anus contre-nature, en s'abstenant chez l'homme de l'ablation des testicules, je ne vois vraiment pas de solution bien probante, il me semble plus facile de montrer le danger que de guérir le mal.

De telle sorte que, tout bien considéré, je me demande, comme l'ont fait la plupart des collègues qui ont pris la parole dans cette discussion, s'il faut tant que cela incriminer l'opération, et si cette crainte des troubles psychiques doit entrer en ligne de compte quand nous décidons une opération.

Je crois que le temps est passé où les chirurgiens sérieux enlevaient des ovaires scléro-kystiques ; ces opérations ne sont bonnes que pour assainir les statistiques, mais sont déplorables pour les malades, ce sont des hystériques après comme avant, plus peut-être après.

En dehors de cette intervention que je condamne, j'estime, que quand les indications opératoires sont bien posées, le chirurgien peut opérer sans avoir à compter avec les psychoses post-opératoires, qu'il ne peut, du reste, ni prévoir ni empêcher.

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de délires post-opératoires dans le service de mon maître le professeur Terrier.

Ces délires post-opératoires m'ont paru se présenter sous des aspects très différents. Tandis que chez les vieillards ils prenaient des allures absolument comparables à celle de la démence qui accompagne les ramollissements cérébraux, ce qui nous fait croire qu'ils étaient alors bien réellement liés à des troubles de l'irrigation cérébrale, chez les individus jeunes, ils revêtaient des caractères de véritable psychose affectant particulièrement la forme mélancolique et le délire de persécution.

Je dois ajouter que pendant mon internat à l'hôpital Trousseau, si j'ai souvent observé ces délires passagers, si fréquents chez l'enfant, je n'ai jamais constaté le développement de psychoses proprement dites. En cela, je suis d'accord avec notre collègue Broca.

Je n'ai vu de *psychoses vraies* qu'à l'âge adulte et chez des malades du sexe féminin; quant à la nature de l'opération pratiquée, elle ne m'a pas semblé avoir eu une influence spéciale sur la production de la psychose. J'ajouterai en particulier, comme le point a été discuté, qu'il ne m'a pas semblé que la castration ovarienne prédisposât d'une manière spéciale à ces psychoses. Je crois que si l'on a observé un assez grand nombre de psychoses chez des castrées, cela tient à ce que le désir de l'ablation de

l'organe sexuel avait été la première manifestation de la psychose et qu'il y a eu une époque où certains chirurgiens ont trop facilement enlevé soit les ovaires par l'abdomen, soit l'utérus par le vagin. Ce sont ces ablations d'organes, quasi sains, faites chez des névropathes génitaux, qui ont été le plus souvent suivies de psychoses.

Si nous laissons ces cas de côté, et nous devons le faire, car ils ne se représenteront plus, aujourd'hui que l'on sait être plus sage dans ses interventions, nous voyons, comme je le disais il y a un instant, que la nature de l'opération ne prédispose pas d'une manière spéciale à la production de délires persistants. Pour ma part, si je prends le relevé de mes opérations, je n'ai vu que deux cas de délires post-opératoires graves, dont un seul après castration abdominale sur 220 ablations bilatérales d'annexes, encore s'agissait-il d'une malade très excitée antérieurement à l'opération et ayant éprouvé des douleurs extrêmement violentes.

Le 14 juin 1885, entrait dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, n° 7, une malade âgée de quarante-quatre ans, porteuse d'une hernie crurale étranglée. Cinq jours auparavant, le 9 juin, elle avait éprouvé quelques douleurs abdominales légères, qui ne l'avaient nullement inquiétée. Le 11, après une journée de calme parfait, elle fut prise brusquement, au milieu de son travail de blanchisseuse, de douleurs abdominales très vives, en même temps que d'une certaine sensibilité au niveau d'une hernie crurale qu'elle portait depuis sept ans environ, qui n'avait jamais été soutenue par un bandage, grossissait à certains moments, mais ne l'avait jamais gênée jusqu'alors. Presque immédiatement après survinrent des vomissements répétés qui l'obligèrent à s'aliter et continuèrent le lendemain. La voix devint cassée, dès le premier jour.

A son entrée, le 14 juin, on constate l'existence d'une hernie crurale gauche, du volume d'un très petit œuf de poule, mate, tendue, rénitente, arrondie, à grand diamètre transversal, irréductible, sensible, surtout au niveau de son pédicule. Le ventre est très légèrement ballonné; sensible à la pression. La langue est blanche, la face grippée, la voix cassée. La température est de 37 degrés. Il n'y a rien à l'auscultation des poumons. Le 11, au début des accidents, la malade a eu deux selles à une heure d'intervalle, la première une demi-heure après la douleur du début; depuis il n'y a eu ni selle ni gaz. La malade, un peu agitée au moment de son entrée, s'était calmée à la suite d'une injection de morphine.

Anesthésie. — Pas de taxis, nous faisons la kélotomie.

L'intestin offre une rougeur foncée, sans sphacèle. Trois petits débridements sur le ligament de Gimbernat, puis dilatation avec l'index. Lavage, puis réduction de l'intestin. Nous réséquons le sac après l'avoir tordu et avoir lié les deux moitiés de son pédicule avec un

double fil de soie entrelacé, que nous passons à l'aide de l'aiguille de Reverdin. Suture, drain, pansement de Lister.

15 juin. — Temp., 37°,2, le matin ; 37°,4, le soir. Apparition des règles avancées de trois jours.

16 juin. — Temp., 37°, le matin; 37°,8, le soir. La malade a une émission gazeuse par l'anus pendant la journée. État général excellent.

17 juin. — Temp., 38 degrés, le matin; 37 degrés, le soir. Nous refaisons le pansement, coupons les points de suture, sans les enlever. Pendant le pansement, la malade se plaint d'être découverte, de ce qu'un externe vient assister au pansement; elle se met presque en colère, en en voyant plusieurs qui s'approchent, et nous sommes obligé de la calmer.

18 juin. — Temp., 37°,4, le matin; 37°,3, le soir. Une garde-robe.

19 juin. — Temp., 36°,6, le matin; 38 degrés, le soir. La malade a été prise de diarrhée pendant la nuit et a quelques nausées le matin. Thé, eau de riz. Potion avec 30 grammes de cognac, XV gouttes de laudanum, 10 grammes de bismuth. Le soir, lavement laudanisé.

20 juin. — Temp., 38°,4, le matin; 37°,5, le soir. Deuxième pansement, on enlève les sutures, la plaie est réunie, sauf le trajet du drain. La malade a eu encore une selle diarrhéique le matin. Pendant la nuit, elle a déliré. Ce matin, elle se plaint beaucoup du bruit qui se fait autour d'elle, des malades qui la regardent en passant, elle demande à être isolée. M. Guyon la fait alors placer seule dans une chambre où nous la trouvons le soir enchantée, très calme, et nous remerciant de tout ce qu'on fait pour elle.

21 juin. — 37°,4, le matin; 37°,6, le soir. Changement d'attitude. La malade se renferme dans un mutisme complet. Elle est comme un enfant qui boude et se retourne dans son lit, en cachant sa face dans l'oreiller quand on lui adresse une question.

22 juin. — 37 degrés, le matin; 37 degrés, le soir. Elle répond parfaitement et s'excuse aussitôt qu'elle nous voit arriver de son attitude de la veille (cela sans qu'on lui ait fait la leçon!) Le soir, elle reçoit la visite de son fils qu'elle attendait depuis plusieurs jours et est un peu agitée après son départ.

23 juin. — 37°,4, le matin; 37°,6, le soir. Une selle le matin. Pendant la nuit, elle a arraché le pansement et la plaie s'est un peu désunie à sa partie inférieure; délire, une injection de morphine.

24 juin. — 39 degrés, le matin; 39°,4, le soir. Même état délirant. Légère contracture des membres. Une seringue de morphine.

25 juin. — 39°,8, le matin; 39°,6, le soir. Toute la nuit a été très agitée; ce matin, la malade est calme, mais sans connaissance, raide comme une planche; les yeux errent dans l'espace, les pupilles sont normales, la bouche sèche. On ne la fait boire qu'avec difficulté; constipation. Mictions involontaires. Nous recueillons par la sonde un peu d'urine. Elle ne contient pas d'albumine. Lavement avec 4 grammes de chloral en deux fois.

26 juin. — 39 degrés, le matin; 39°,8, le soir. La contracture a disparu, mais il y a une agitation très grande. Nous trouvons la malade

assise, échevelée, secouant son oreiller pour chercher quelqu'un qui se cache dessous, criant sans cesse, injuriant l'infirmière et tous ceux qui l'approchent, la bouche sèche, les dents couvertes de fuliginosités, les yeux hagards, dans un état de colère extrême, convaincue qu'on veut lui faire du mal.

Le délire de persécution, qui s'est accusé très nettement, continue le 27 et les jours suivants; mais il devient plus calme en même temps que la température s'abaisse graduellement jusqu'au 30 juin où elle n'est plus que de 37 degrés.

La malade est tombée peu à peu dans un état semi-comateux, d'où on ne peut la faire sortir par les excitations qui ne provoquent qu'une simple expression de douleur lorsqu'elles sont trop fortes. Il n'y a pas de contracture, pas d'anesthésie, pas de troubles pupillaires, bien que la malade ait eu quelquefois jusqu'à trois injections de morphine par jour. Elle est à peu près immobile dans son lit, en proie à des hallucinations, ayant de la carphologie, et indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Le facies est plus calme qu'au début des accidents, et la guérison, qu'on n'avait guère osé espérer un moment, semble aujourd'hui probable; mais dans les premiers jours de juillet, la malade refuse toute alimentation. Nous sommes alors obligé de la gaver de force, manœuvre qui lui paraît des plus désagréables, si bien que le 8 juillet, au moment où nous allons commencer notre lutte biquotidienne, la malade nous dit tranquillement qu'elle préfère manger seule et qu'elle s'engage à prendre tout ce qu'on lui donnera. Ce qui fut dit fut fait, et, le 12 juillet, la malade partait dans sa famille, la plaie cicatrisée, sans qu'il y ait eu à aucun moment de symptômes abdominaux, sans fièvre, mangeant bien, mais n'ayant pas retrouvé sa raison, reconnaissant à peine les personnes qui l'approchent et toujours convaincue qu'on veut la persécuter.

En octobre, nous sommes allé revoir notre ancienne malade et l'avons trouvée en possession complète de sa raison. Elle n'a pas encore complètement repris ses forces et ne se rappelle pas ce qui s'est passé à l'hôpital. Elle a souvenir de l'opération, dit que quelques jours après celle-ci la visite du prêtre, qu'elle n'avait pas demandée, l'a fort émue et que, depuis cette époque, elle ne se rappelle plus rien.

Le lendemain de son retour chez elle, elle a repris toute sa connaissance et, depuis cette époque, elle n'a jamais déraisonné. Nous apprenons à ce moment que la malade a eu, à diverses reprises et antérieurement à sa hernie, des crises de nerfs avec perte de connaissance. C'est en somme une hystérique.

Je n'oserai me prononcer sur la nature de la psychose observée dans ce cas. Je vous donne l'histoire de la malade telle que je l'ai recueillie, laissant à d'autres plus compétents le soin de dire s'il s'agit là d'une forme de délire hystérique ou d'une manie temporaire.

Dans mon deuxième cas, il n'y a pas d'hésitation sur la nature

des accidents ; il s'agit bien nettement d'un délire mélancolique persistant :

Obs. II. — H... S..., nous est envoyée, le 17 août 1897, de la Maternité Baudelocque, pour une grossesse abdominale avec fœtus vivant. Il semble que la rupture de la poche tubaire ait eu lieu le 22 janvier. Après une période de douleurs vives, la malade avait été mieux et avait pu circuler quelque peu. Le 11 juin, les douleurs reparurent pour ne plus cesser. Aussi, en présence de la persistance et de l'intensité de ces douleurs, la malade entre, le 11 août, à la Clinique Baudelocque. Elle y geignait tellement qu'on dut la mettre dans une chambre d'isolement et lui faire des piqûres de morphine.

Le 17 août, nous la voyons pour la première fois. La malade est un peu agitée, ne se trouve jamais bien, se plaint de tout, mais répond cependant correctement aux questions qu'on lui pose. Son agitation s'explique, du reste, par les douleurs qu'elle semble éprouver. Le ventre est ballonné ; on trouve, à droite de l'utérus, une tuméfaction douloureuse et, par le palper abdominal, il semble qu'on sente un fœtus au milieu des anses d'intestin.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 21 août 1897, nous pratiquons la laparotomie. Le fœtus est libre au milieu des anses intestinales ; le cordon qui le relie à un placenta, situé à droite de l'utérus, bat. Nous sectionnons ce cordon, enlevons le fœtus ; mais malgré tous les soins que lui donne M. Paquy, il ne respire pas une fois.

Nous enlevons rapidement le placenta et les annexes et refermons l'abdomen après avoir drainé le petit bassin.

Le soir, la malade manifeste un grand chagrin qu'on n'ait pu avoir l'enfant vivant.

Elle reste, les premiers jours, un peu taciturne, puis se plaint, vers le 8e jour, d'avoir mal partout et enlève son pansement en même temps qu'elle se lève.

Le 9e jour, nous la trouvons franchement délirante.

Les urines, réexaminées, ne contiennent toujours pas d'albumine.

Le 12e jour, le délire continue, la malade refuse toute alimentation. Elle se lève la nuit, se promène nue dans la salle.

Comme elle s'amaigrit manifestement, le 15e jour nous supprimons complètement la morphine et l'alimentons de force. A partir de ce moment, elle va mieux, elle reprend des forces, cesse de se lever la nuit, mais reste cependant taciturne jusqu'à sa sortie de l'hôpital, en octobre.

Il lui reste un petit trajet suppurant abdominal. Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, cette malade est entrée à Sainte-Anne, dans le service du professeur Joffroy où elle est encore actuellement, atteinte de délire mélancolique.

La mère de cette malade est morte dans un asile d'aliénés ; mais elle-même ne présente pas d'antécédents pathologiques nerveux personnels.

Tels sont les deux faits que j'ai observés sur mes opérées. Dans les deux cas il existait évidemment une certaine prédisposition. Mais, si l'on cherche bien, les antécédents nerveux sont fréquents et cependant les psychoses sont rares. C'est qu'il faut autre chose que le choc opératoire chez les malades. Les grandes impressions morales jouent, croyons-nous, un rôle. Il en est probablement aussi de même des infections ou des toxémies.

Pratiquement, nous ne pouvons rien contre la prédisposition; mais nous devons toujours calmer, autant que possible, le moral des malades que nous avons à opérer et éviter, ce que l'on fait déjà, tout ce qui peut amener le développement de toxémies ou de phénomènes infectieux. C'est ainsi, croyons-nous, qu'on arrivera à diminuer le nombre, déjà heureusement peu nombreux, des psychoses post-opératoires.

M. POTHERAT. — Sous l'appellation de *délire psychique post-opératoire*, notre collègue, M. Picqué, a fait devant nous une étude très intéressante, mais parfois un peu complexe, des différents délires. Il me serait impossible de le suivre sur ce terrain où ses longues fonctions de chirurgien des asiles d'aliénés lui ont donné une expérience particulière.

Toutefois, il m'a semblé que ce serait répondre au désir de notre collègue qu'apporter ici les faits empruntés à la pratique personnelle de chacun de nous, et de verser aux débats des matériaux susceptibles de trouver place dans la question des rapports de la chirurgie avec l'aliénation mentale, question qu'il a posée.

Tout d'abord je crois, avec M. Picqué, qu'il faut faire une catégorie à part de certains délires survenant immédiatement ou peu après l'opération; délires ordinairement violents, agissants et qu'il faut rapporter à une intoxication par l'alcool, par l'anesthésique, par l'iodoforme, etc. Ces *faux délires* sont fréquents; en dehors même du delirium tremens, chacun de nous pourrait en rapporter de nombreux exemples. Gillette aimait à rappeler qu'il était un des premiers à Paris à avoir fait une hystérectomie vaginale pour cancer. La malade, à l'opération de laquelle je collaborai en qualité d'interne, s'était levée pendant la nuit qui suivit l'opération et, délirante, avait parcouru plusieurs salles avant que la garde ne s'en aperçût. Le délire continua quarante-huit heures puis cessa tout à fait; la malade guérit complètement; elle est peut-être guérie aujourd'hui encore, au bout de treize ans, car le microscope a révélé que la lésion n'était pas du cancer.

Une de mes opérées d'hystérectomie, à la Salpêtrière, se livra, elle

aussi, dans la nuit qui suivit l'opération, à une petite promenade de ce genre, sous l'influence du délire. Ses ligaments larges n'étaient pas comme ceux de la malade de Gillette, enserrés dans une ligature; ils portaient ensemble 9 pinces. Les suites n'en furent pas moins très simples, et au point de vue opératoire, et au point de vue du délire qui cessa promptement.

Je crois que ces deux cas se rapportent au délire anesthésique; car il n'y avait aucune septicémie antérieure, aucune infection opératoire.

Une autre malade que j'opérai, à Beaujon, d'un volumineux kyste suppuré de l'ovaire avec vaste abcès situé en avant de ce kyste, délira pendant plusieurs jours; elle voulait constamment se lever, gesticulait, criait; elle se leva même pendant une nuit, descendit un étage, et ne fut rattrapée qu'au jardin. Le lendemain de ce jour, elle défit son pansement, arracha violemment les drains transabdomino-vaginaux qu'elle portait. Elle n'en guérit pas moins complètement et définitivement et devint la personne la plus sage et la plus raisonnable. Elle avait présenté, à n'en pas douter, un délire d'origine infectieuse.

Enfin, je crois qu'il faut rapporter au délire par intoxication médicamenteuse le fait d'un homme cystotomisé par mon maître, M. le professeur Guyon, qui, le cinquième jour, fut pris d'un délire violent au cours duquel il arrachait son pansement, poussait des cris violents, proférait des injures ou des mots orduriers et frappait même ceux qui l'approchaient. Pendant quelques jours on ne sut à quoi attribuer ce délire; l'idée vint que l'iodoforme, dont une couche assez abondante recouvrait chaque jour sa plaie, pourrait bien en être la cause. On en cessa l'emploi et au bout de peu de jours le délire disparut tout à fait.

Mais je laisse de côté ces faux délires pour en arriver aux délires vrais. Ceux-ci me paraissent fort rares chez les opérés proprement dits. J'ai pu cependant en recueillir quelques exemples. L'étude de ces faits montre que la gynécologie fournit le plus fort contingent; mais elle montre aussi que si l'aliénation mentale est fréquente chez les malades atteintes d'affections des organes génitaux, la chirurgie ne doit pas en être rendue responsable. Lorsque le délire succède à l'opération chez ces malades, il ne fait en réalité que se caractériser plus nettement; car il existait à l'état plus ou moins larvé auparavant dans la très grande majorité des cas.

C'est ainsi que j'ai eu l'occasion de donner mes soins à une malade que vit aussi mon excellent maître, M. Bouilly, et qui était atteinte d'antéflexion utérine avec léger prolapsus. Or, cette malade attribuait à ce déplacement des troubles abdominaux,

cardiaques, digestifs, considérables : perte de l'appétit, perte du sommeil, extrême irascibilité, conceptions délirantes variées, chagrins profonds et prolongés, que rien ne pouvait faire cesser. Tous ces accidents s'étaient produits après une fausse couche de quelques mois. Mais il faut noter que, antérieurement, c'était une nerveuse, une exaltée ou une déprimée, éprouvant des joies intenses ou des chagrins profonds sans motifs ou pour les raisons les plus futiles. Je lui donnai quelques soins, je lui fis de la dilatation utérine, et je m'efforçai de lui persuader que tout était remis en place. J'obtins ainsi une amélioration considérable. La malade était devenue très supportable, elle devint enceinte, mais fit de nouveau une fausse couche et ne tarda pas à retomber dans un état tout à fait semblable à l'état précédemment constaté. Il est bien évident que si j'avais pratiqué chez cette malade quelque opération, celle-ci eût été suivie de délire, sans que l'opération ait pu en être rendue responsable puisque une cause aussi minime, aussi futile, pourrais-je dire, qu'une fausse couche de quelques semaines, et sans accidents, a pu faire naître des idées délirantes.

Je rapprocherai de ce fait le suivant qui lui est comparable et qui renforce la déduction que je viens d'en tirer. Il y a quelque quatre ou cinq ans j'eus l'occasion d'observer une femme de quarante-cinq ans, qui présentait une large déchirure ancienne du périnée avec prolapsus incomplet de l'utérus. Cette infirmité pourtant relativement tolérable était pour cette femme l'objet d'une perpétuelle préoccupation ; elle y songeait constamment, en parlait sans cesse, et suivant une expression populaire, que vous pardonnerez, mais toute de circonstance, « elle en perdait le boire et le manger ». Ayant appris qu'une opération pouvait la guérir, dix fois elle me supplia de l'opérer. Pensant lui être utile localement, et, d'autre part espérant calmer ses appréhensions, je l'opérai à Necker dans le service d'Horteloup que je remplaçais alors. Je lui fis une colpo-périnéorrhaphie. Le résultat opératoire fut excellent, et tout d'abord, j'eus lieu de m'applaudir du résultat mental. La malade était enchantée, gaie, trouvait que tout allait bien; c'était parfait. Mais trois semaines environ après son opération, à côté d'elle vint à mourir une malade opérée *in extremis* par un de nos collègues. Cette mort l'affecta beaucoup ; elle devint triste, sombre; des appréhensions retardaient son sommeil, des cauchemars le troublaient; bientôt elle eut des conceptions délirantes; elle s'éveillait en sursaut la nuit, se sentait mourir, poussait des cris. Elle devint insupportable et dut être renvoyée dans sa famille où j'eus l'occasion de la revoir. Rentrée chez elle, elle accusait des troubles étranges dans le bas-ventre, dans le

vagin, elle y sentait quelque chose remuer. L'ayant alors examinée, je découvris une mèche de gaze iodoformée oubliée, et, d'ailleurs maintenue en bon état de propreté grâce aux injections faites plusieurs fois par jour. Cette trouvaille inattendue, bien loin d'améliorer la situation, exalta le délire, lui donna une autre direction; maintenant « la vessie, les intestins étaient perforés, et elle sentait que, par les perforations, la vie s'en allait ». L'agitation délirante devint telle, qu'il fallut conduire la pauvre femme à Sainte-Anne où elle succombait complètement aliénée, six semaines plus tard.

Ce n'est donc pas l'opération qu'il faut incriminer puisqu'elle avait amélioré l'état mental déjà altéré avant, par un prolapsus incomplet, et tout à fait troublé par la mort d'une autre malade d'abord, par une mèche de gaze iodoformée ensuite. Or, cette malade, avant même ces troubles mentaux caractérisés, était déjà, et cela depuis de longues années, bizarre, quelque peu détraquée.

Je fus plus heureux chez une autre malade, nerveuse, exaltée et qui était devenue délirante après la découverte dans son sein d'une tumeur pour laquelle son médecin lui avait conseillé de se faire opérer. Au bout de quelques jours, cette malade avait totalement perdu la raison, se livrant aux actes les plus extravagants, renonçant à manger, et ne trouvant plus une heure de sommeil. Après beaucoup d'hésitation, je me décidai cependant à l'opérer. Echevelée, les yeux hagards, poussant des cris sauvages, il ne fut pas aisé de la maintenir pour l'endormir. Je l'opérai de sa tumeur qui était un adéno-fibrome. Très rapidement l'état mental s'améliora. Elle revint à la situation d'esprit qui précédait l'avènement de son délire, et depuis dix ans, elle est restée guérie. De sorte qu'ici, et très nettement, l'opération a fait cesser un délire psychique survenu à l'occasion d'un néoplasme du sein sous l'influence de cette peur excessive de l'acte opératoire, qu'invoquait mon maître, M. Segond, dans sa claire et substantielle communication; ce qui montre, en outre, que les affections abdomino-génitales ne sont pas les seules susceptibles de donner naissance aux délires psychiques, constatation d'ailleurs mise en relief par M. Picqué.

J'ai opéré encore d'un néoplasme du sein une autre malade. Mais celle-ci était une démente, depuis plusieurs mois enfermée dans un asile d'aliénés. Indifférente à ce qui l'entourait, indifférente à son mal, à l'opération elle-même, que je lui pratiquai à la demande de sa famille et sur l'avis motivé du médecin aliéniste, directeur, l'intervention chirurgicale n'apporta pas la moindre modification dans son état mental.

Je rappellerai encore, qu'à l'hôpital, il y a trois ans, j'ai fait une cure radicale de hernie chez un ouvrier de soixante ans manifes-

tement atteint du délire des persécutions. Cette opération n'aggrava pas sa psychose. Il me fut, m'est resté très reconnaissant, et son délire des persécutions est resté tel qu'il était, sans amélioration sans aggravation.

J'ai vu pourtant une malade chez laquelle les troubles psychiques paraissaient nettement consécutifs à l'opération qu'elle avait subie, et dont je n'étais d'ailleurs pas l'auteur. Les annexes avaient été enlevées des deux côtés, mais elle l'ignorait ; du moins elle croyait que l'ablation était unilatérale ; et elle attribuait à l'ovaire restant des accidents considérables qui troublaient son sommeil, et la conduisirent rapidement à des conceptions délirantes dans le détail desquels il serait surperflu d'entrer. Elle réclamait une nouvelle opération pour mettre fin, disait-elle, à des douleurs atroces et d'ailleurs imaginaires ou fictives. Je me refusai absolument à toute intervention, et mon excellent maître, M. Bouilly, appelé en consultation, me confirma dans cette opposition. Il semble donc bien ici que l'opération ait suscité la psychose, mais je ferai observer que l'intervention chirurgicale avait été l'occasion de l'emploi de la morphine qui bientôt devint une manie susceptible, à mon avis, d'expliquer beaucoup plus que l'acte opératoire lui-même, les troubles mentaux observés.

Cette morphinomanie ne fit d'ailleurs que s'accroître, et elle amena la mort de cette jeune femme de trente ans, qui succomba dans le marasme.

Je crois qu'il serait bon aussi de tenir compte des habitudes morphiniques si fréquentes chez beaucoup d'opérées, dans l'étiologie des psychoses post-opératoires ; et peut être M. Picqué n'a-t-il pas suffisamment insisté sur ce point.

Il est enfin un groupe important de malades qui fournissent un sérieux contingent aux psychoses chirurgicales, ce sont les *urinaires*. Tantôt, c'est après une opération que le délire éclate, tantôt et bien souvent, c'est en dehors même de toute opération et par le fait seul que le sujet se *sait* atteint ou même *se croit* atteint d'une affection des voies génito-urinaires. J'ai observé jadis, quand j'étais l'interne de M. Guyon, plusieurs sujets présentant ce délire hypochondriaque. L'un d'eux même faillit me faire un mauvais parti parce que je ne voulais pas souscrire à son opinion touchant l'état de sa vessie. Tous ceux qui ont suivi un service de chirurgie des voies urinaires connaissent ces faits.

Le délire avec tendance au suicide est très fréquent chez ces malades ; et les tentatives de suicide ne sont pas rares. Lorsque je remplaçais, à Necker, Horteloup, un de mes malades qu'une dysurie prostatique, d'ailleurs peu grave, avait plongé dans une profonde dépression mentale, se scia littéralement le cou à l'aide

d'une mauvaise petite scie fixée à son couteau; il s'ouvrit le plexus thyroïdien et la trachée, et succomba rapidement.

Je ne veux pas multiplier les citations, je me hâte de me résumer et de tirer les conclusions qui découlent des faits que je viens de rapporter.

Ces faits montrent que des affections chirurgicales d'ordre et d'organes très différents peuvent donner naissance aux troubles psychiques les plus graves. Que ces troubles peuvent se produire après les interventions opératoires, mais que jamais l'opération ne peut être rendue directement responsable de leur production, aussi bien dans le domaine de la gynécologie ou des voies urinaires, que sur le terrain plus vaste de la chirurgie générale, mais qu'elle peut, bien au contraire, dans quelques cas, favorablement influencer une psychose existante. Toutefois je pense que la chirurgie chez les aliénés doit se borner aux interventions d'urgence. Enfin, il est hors de doute que les psychoses chirurgicales anté ou post-opératoires ne surviennent que chez les individus prédisposés, et que les causes les plus minimes peuvent en provoquer l'éclosion.

Communication.

Gastrite ulcéreuse. Douleurs violentes. Inanition. Gastrosuccorrhée. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. — Guérison,

par M. HENRI HARTMANN.

La chirurgie stomacale semblant depuis quelque temps être l'objet de recherches de la part des membres de notre Société, il me paraît intéressant de vous donner quelques détails sur l'histoire du malade que je vous ai présenté à la fin d'une de nos dernières séances. Les interventions opératoires pour ulcère en voie d'évolution sont encore assez rares et jusqu'ici on ne vous a guère apporté que des observations, le plus souvent écourtées, d'ulcères accompagnés d'accidents, d'hémorrhagies ou de perforations.

Chez le malade que je vous ai montré, et qui m'avait été adressé par mon collègue et ami Achard, il n'y avait ni hémorrhagie, ni symptômes d'ulcère en voie de perforation, ni dilatation, ni stase gastrique. L'affection était uniquement caractérisée par des douleurs violentes, survenant à la moindre ingestion d'aliments, et entraînant, par suite de l'abstinence volontaire du malade, une véritable inanition.

Le seul phénomène intéressant à noter était l'existence d'une *gastrosuccorrhée typique*. Après un jeûne de douze heures, le cathétérisme de l'estomac fait par notre ami M. Soupault, ramenait une certaine quantité, 80 grammes environ, d'un liquide blanc, muqueux et filant, présentant tous les caractères chimiques et biologiques du suc gastrique.

Vous verrez, par la lecture de l'observation, comment tous ces phénomènes, douleurs, inanition, gastrosuccorrhée, ont été modifiés par la gastro-entérostomie.

Observation. — E... V..., trente-cinq ans, journalier, nous est adressé par notre collègue et ami, M. Achard, et entre à l'hôpital Bichat, service du professeur Terrier, le 5 février 1898.

Le début de sa maladie remonte à cinq ans environ. Depuis cette époque, il souffre de troubles gastriques, de renvois acides. Ses digestions sont difficiles, il éprouve une sensation de poids à la région épigastrique, par périodes il souffre de crises douloureuses, sans avoir de vomissements cependant.

La crise actuelle dure depuis cinq mois. Aussi le malade s'est-il décidé à entrer à l'hôpital Tenon. Pendant le séjour qu'il y fit, il eut une petite hématémèse, se présentant avec l'aspect d'un liquide noirâtre, analogue à de la suie délayée. Cette légère gastrorrhagie, qui ne s'est pas reproduite, semble s'être accompagnée de mélœna. Comme le traitement médical (lavage de l'estomac, régime lacté, etc.), n'amène aucune amélioration dans son état, notre ami Achard nous l'envoie avec le diagnostic *gastrite ulcéreuse*.

La maladie est essentiellement caractérisée par de violentes douleurs; celles-ci se montrent environ deux heures et demie à trois heures après l'ingestion des aliments. Elles ont leur maximum au niveau de la région pylorique et s'irradient en contournant le côté droit du thorax jusque dans le dos. Elles sont comparées, par le malade, à la sensation que produirait une vive brûlure et sont quelquefois suffisantes pour amener le réveil pendant la nuit. Les crises durent de quatre à cinq heures et sont calmées par l'ingestion d'aliments ou de boissons.

Les vomissements manquent à peu près complètement. Une fois il a, comme nous l'avons dit, vomi un peu de sang, puis à sept ou huit reprises il a rendu, quatre à cinq heures après son déjeuner, un verre de liquide blanc, muqueux, filant, très acide, sans aliments et c'est tout. Les lavages, pratiqués dans le service de M. Achard, n'ont jamais ramené d'aliments.

L'appétit s'est assez bien conservé jusqu'à il y a trois mois, puis il s'est en grande partie perdu; le lait est cependant supporté.

La constipation est opiniâtre.

Par suite des douleurs et de l'insuffisance de l'alimentation, le malade a maigri de 18 kilogrammes en cinq mois. Il se sent fatigué et incapable de tout travail.

Examen physique. — L'inspection montre que le ventre est fortement

déprimé. La palpation détermine une douleur vive au niveau de la région pylorique et une contraction de défense du grand droit antérieur qui empêche toute exploration des parties profondes. L'estomac n'est pas dilaté : on ne perçoit pas de clapotage à jeun et la percussion auscultée (avec le phonendoscope), après insufflation de l'organe par un mélange de poudres effervescentes, montre que l'estomac a des dimensions normales. Le malade est amaigri et l'on trouve dans les aines de gros ganglions.

Cathétérisme. — L'estomac est sondé par le Dr Soupault, après un jeûne de quatorze heures. On ne retire aucun fragment alimentaire, même après un lavage ; mais on ramène un liquide muqueux, filant, d'un blanc légèrement verdâtre. La quantité retirée est d'environ 80 centimètres cubes. Son acidité est de 2,20 p. 1000. Il présente, à un haut degré les réactions qualitatives de l'acide chlorhydrique libre. Il ne contient ni peptone, ni matières amylacées. C'est donc du suc gastrique pur.

Le lendemain matin, à jeun, sans cathétérisme préalable, il est donné un repas d'épreuve composé de 60 grammes de pain et de 250 grammes d'eau distillée. La quantité de liquide, retiré au bout d'une heure, est de volume moyen. L'acidité totale est de 2,18 p. 1000. Les réactions qualitatives de l'acide chlorhydrique libre sont très intenses ; il n'y a pas d'acide lactique. La réaction des peptones et des amylacées est très marquée :

Chlore total	3,69	p. 1000
Chlore fixe	1,09	—
Chlore libre	0,75	—
Chlore combiné	1,85	—
Chlorhydrie	2,60	—

$$\frac{T}{f} = 3,34.$$

Le lendemain, nouveau repas d'épreuve. Extraction au bout d'une heure et demie, au lieu d'une heure.

Acidité totale . . . . 2,85 p. 1000

Mêmes réactions qualitatives que précédemment.

Chlore total	4,30	p. 1000
Chlore fixe	1,55	—
Chlore libre	1,15	—
Chlore combiné	1,60	—
Chlorhydrie	2,75	—

$$\frac{T}{f} = 2,78.$$

Le résultat de ces analyses, faites par M. Soupault, conduit à dire qu'il s'agit, pour employer la terminologie adoptée par M. Hayem, d'une hyperpepsie chlorhydrique avec prolongation de la digestion.

Le 14 février 1898, nous pratiquons la *gastro-entérostomie postérieure transmésocolique* (procédé de von Hacker). Le chloroforme est donné

par M. Arloing; nous sommes aidé par nos internes, Chauvel, Fredet et Guinard. Après incision sus-ombilicale, nous examinons les parties. Quelques adhérences relient la vésicule biliaire à la première portion du duodénum et à la région pylorique. Au palper, l'estomac semble un peu induré au voisinage du pylore, sans que l'on ait la sensation d'une tumeur nette à ce niveau.

Les résultats de cette exploration, confirmant le diagnostic fait antérieurement, nous décidons immédiatement de faire une gastro-entérostomie. Nous relevons le côlon, faisons entre deux vaisseaux et parallèlement à eux une incision du mésocôlon. Par cette incision nous attirons la face postérieure de l'estomac que nous fixons par trois points de suture au trou du mésocôlon. A droite, cette fixation nous semble inutile, la face postérieure de l'estomac adhérant déjà au mésocôlon.

Puis, prenant la première anse jéjunale, nous la mettons en rapport avec la portion d'estomac herniée et anastomosons leur cavité suivant notre procédé habituel, le double surjet : un total, comprenant toute l'épaisseur des tuniques, surjet occlusif; l'autre, enfouissant le premier et comprenant les tuniques musculo-séreuses, surjet d'isolement.

Les suites opératoires sont des plus simples au point de vue gastrique.

Pendant les quatre premiers jours on injecte quotidiennement dans le tissu cellulaire sous-cutané 500 centimètres cubes de sérum. Au champagne et à l'eau de Vichy donnés dès le soir de l'opération, nous adjoignons le troisième jour du lait, le cinquième des œufs, puis une cervelle, etc. et nous revenons progressivement à une alimentation normale sans que le malade ait jamais éprouvé la plus petite douleur.

Le sixième jour, le malade a le soir 38°,6, avec une poussée d'herpès nasal et un point de congestion pulmonaire caractérisé par du souffle en arrière et à gauche, vers la partie moyenne du poumon. Ces phénomènes pulmonaires cessent presque immédiatement et, à partir de ce moment, la guérison a lieu sans incident.

Le poids du malade monte progressivement : de 49 kilogrammes, poids le 13 février, avant-veille de l'opération, il monte à 50 kilogrammes, le 1er mars, à 57 le 12, à 62 le 22, soit une augmentation de 14 kilogrammes, en moins de sept semaines. Depuis, le poids a encore augmenté et le 10 avril il atteint 67 kilogrammes.

Les selles sont redevenues normales et régulières.

Les urines, en même temps, ont augmenté leur teneur en urée.

Le 10 mars, quantité : 1,500. Réaction, neutre. Densité : 1,019. Urée : 20 gr. 49, par litre.

Le 22 mars, quantité : 1,200. Réaction alcaline. Densité : 1,023. Urée : 23,03 par litre.

L'examen de l'estomac a été pratiqué par notre ami le Dr Soupault, le 9 mars, trois semaines après l'opération.

Au point de vue fonctionnel, on peut noter la disparition absolue des douleurs et le rétablissement complet des fonctions gastriques.

Les dimensions de l'estomac ne se sont pas modifiées. La percussion

après insufflation donne absolument la même figure qu'avant l'opération.

Après douze heures de jeûne, on pratique le cathétérisme de l'estomac. Il contient une petite quantité de bile, qu'il est difficile d'extraire sans amorcer le siphon, mais qui vient en introduisant un peu d'eau dans l'estomac.

Le lendemain, on administre, sans cathétérisme préalable, le repas d'épreuve habituel. Extraction au bout d'une heure.

Coloration du liquide : vert assez foncé, bilieux; on peut y produire, avec l'acide nitrique nitreux, la réaction de Gmelin. Après filtration, le liquide est rosé, la bile étant précipitée reste sur le filtre. La quantité est moyenne.

Acidité totale : 1,76 p. 1000.

Les réactions du vert brillant et du Gunzbourg montrent que l'acide chlorhydrique est en proportion médiocre.

Les réactions des peptones et de l'amidon sont normales.

Pas d'acide lactique.

Chlore total	4,03
Chlore fixe	2,30
Chlore libre	0,41
Chlore combiné	1,32

$$\frac{T}{f} = 1,73$$

Il est fait, trois jours après, une deuxième analyse. Le repas d'épreuve est extrait au bout d'une heure et demie.

La quantité est plus abondante, environ 225 centimètres cubes; il y a moins de résidus alimentaires, la quantité de liquide est bien plus abondante; il y a toujours de la bile, mais la teinte verte est certainement moins accentuée : la réaction de Gmelin est cependant nette.

Acidité totale : 2,73 p. 1000.

Les réactions de l'acide chlorhydrique libre sont très intenses; les réactions des peptones et de l'amidon moins nettes que précédemment.

Chlore total	4,78
Chlore fixe	2,10
Chlore libre	1,53
Chlore combiné	1,15
Chlorhydrie	2,68

En somme, après comme avant l'opération, le travail chimique de la digestion se prolonge au delà des limites normales.

Cette observation nous a paru intéressante à divers point de vue :

1° La rareté du cas observé. Les interventions pour gastrosuccorrhée pure ne sont pas encore très fréquentes. Rosenheim et Boas ont publié un certain nombre de guérisons; mais, dans tous leurs cas, il s'agissait de gastrosuccorrhée compliquée de stase alimentaire. Ici, il s'agit d'une gastrosuccorrhée pure.

2° La cessation immédiate et complète des douleurs dès le soir de la gastro-entérostomie, ce qui a permis de donner au malade : le premier jour, du champagne; le deuxième, du lait; le cinquième, des aliments demi-solides, œufs, cervelles, etc.

3° L'amélioration considérable de l'état général, traduite par la courbe des poids du malade : 49 kilogrammes, le 13 février; 50, le 1er mars; 57, le 12 mars; 63, le 22 mars; 67, le 10 avril.

4° Le fonctionnement de l'estomac :

α) Celui-ci fonctionne en tant que réservoir; les aliments y séjournent d'une manière normale; la bouche gastro-intestinale se ferme comme un pylore et l'insufflation de l'estomac reste possible.

β) L'absence de modifications dans l'évolution de la digestion, qui après comme avant l'opération, se prolonge bien au delà des limites normales.

γ) La présence, dans l'estomac, d'une petite quantité de bile : fait qui nous a frappé dans presque toutes nos gastro-entérostomies quel qu'ait été le procédé employé, alors même que la gastro-entérostomie avait été accompagnée d'une entéro-anastomose complémentaire. La présence de cette petite quantité de bile semble ne déterminer aucun trouble.

5° Enfin, cette observation nous semble intéressante au point de vue de la pathogénie de la gastrosuccorrhée.

Récemment, le professeur Hayem écrivait : « La maladie, dite de Reichmann n'est autre que la sténose incomplète du pylore.

« Le signe désigné dans cette affection sous le nom de gastrosuccorrhée, c'est-à-dire l'existence dans l'estomac, le matin à jeun, d'une certaine quantité de liquide, est tout simplement le résultat de la rétention gastrique (1). »

Nous ne nous expliquons pas très bien ces sténoses incomplètes dont parle M. Hayem, sténoses qui laissent passer les aliments et retiennent le suc gastrique. Chez notre malade, la gastrosuccorrhée persiste après la gastro-entérostomie; ce qui a disparu c'est la manifestation douloureuse de cette gastrosuccorrhée. Aussi sommes-nous bien plus disposé à nous rattacher aux idées de Doyen sur l'importance du spasme pylorique dans les affections stomacales.

Il n'en persiste pas moins qu'au point de vue thérapeutique, l'indication du traitement opératoire de la gastrosuccorrhée grave est celle qu'a formulée Hayem, la gastro-entérostomie. Notre observation montre le bienfait réel qu'en éprouve le malade.

(1) Hayem. Des sténoses incomplètes, pyloriques et sous-pyloriques. *Bull. de l'Acad. de médecine,* 1897, p. 605.

M. Tuffier. — Je voudrais rapporter ici l'histoire d'un malade que j'ai opéré voilà cinq ans et demi et qui me semble intéressante.

C'était un homme de quarante ans que j'ai présenté ici, il m'était envoyé par un de mes anciens collègues d'internat, M. Boulay. Ce fut un de mes premiers cas de gastro-entérostomie.

Le malade avait des douleurs et une gastrosuccorrhée si abondante qu'elle n'égalait pas moins d'un litre de liquide le matin à jeun.

Je crus à un cancer du pylore. Mais, si, pendant l'opération, je trouvai bien le pylore induré et resserré, il n'y avait pas trace de ganglions, ni de dégénérescence cancéreuse.

Voilà trois mois, j'ai eu l'occasion de voir ce malade. Il revenait de Syrie où il dirige une grande exploitation agricole, profession très fatigante qui l'oblige à rester à cheval une partie de la journée. Il était complètement guéri.

Voilà donc un cas de gastrosuccorrhée guéri définitivement, puisque cinq ans et demi après l'opération, le malade se porte très bien.

Rapport.

Recherches expérimentales sur l'infection et la désinfection des plaies par armes à feu, par M. E. Tavel (de Berne).

Rapport par M. A. BROCA.

Pour le traitement des plaies par armes à feu, il est fort important de savoir si l'infection de ces plaies est primitive, apportée par la balle ou les divers corps étrangers, ou secondaire. Les expériences entreprises, en Allemagne surtout sur ce sujet, ont conduit leurs auteurs à des résultats contradictoires. Aussi le professeur E. Tavel (de Berne) a-t-il fait faire des recherches nouvelles par ses élèves, Mlle A. Pustoschkin, A. Muller, T. Probst, F. Schwarzenbach et F. H. Köller. C'est le résumé de ces investigations qu'il a soumis à votre appréciation.

Les expériences ont toutes été faites avec le fusil militaire suisse, modèle 1889. La balle, de 7 millimètres et demi de diamètre, est en plomb dur, avec chapeau d'acier. Elle a été tirée, tantôt stérilisée, tantôt infectée avec un microbe déterminé dans une boîte en fer-blanc remplie de gélatine; et pour observer les colonies microbiennes *in situ*, sur le trajet même du projectile, M. Tavel a imaginé un dispositif fort ingénieux : le cylindre de gélatine qu'a perforé la balle a été transporté directement dans

une éprouvette de culture, actionnée comme l'emporte-pièce dont se servent les marchands pour goûter les fromages.

Mlle Pustoschkin a d'abord tiré dans la gélatine des balles mises stériles dans le fusil, mais infectées par passage à travers un morceau d'étoffe infectée; ou bien infectées directement au niveau du corps ou au niveau de la pointe avant d'être mise, dans le fusil. Dans les deux cas, après un simple coup de feu, le trajet est manifestement et sûrement infecté; mais après feu de magasin, les colonies sont plus clairsemées, parfois même nulles.

Pour expliquer cette stérilisation au moins relative de la balle, deux facteurs peuvent être invoqués : 1° l'échauffement de la balle; 2° le frottement qu'elle subit dans le canon du fusil, d'où une action mécanique. C'est à cette seconde cause surtout que croit M. Tavel, car la stérilisation n'est jamais complète, pour une balle stérile tirée à travers une étoffe infectée, même après feu de magasin; et, d'autre part, elle est moindre quand la balle a été infectée au niveau de la pointe, qui ne frotte pas, que quand elle a été infectée au niveau du corps. Et pour en fournir mieux la preuve, après avoir tiré une balle infectée, on a tiré une balle stérile, de façon à bien savoir s'il restait des microbes dans le canon du fusil: or, le trajet de cette seconde balle dans la gélatine reste sinon toujours, au moins presque toujours stérile.

Donc, presque toujours, un coup suffit à stériliser le canon, même si la balle avait été artificiellement infectée.

On peut conclure qu'en pratique, la balle emporte avec elle, hors du fusil, au moins une partie des germes qui l'infectaient primitivement. Mais les infections expérimentales prouvent que les colonies sont moins florides que celles obtenues par ensemencement direct de la gélatine avec la culture mère, et cela a conduit M. A. Muller à rechercher si les microbes emportés par la balle conservent toute leur virulence.

Ici, l'expérience a été faite sur l'animal vivant : les balles ont été tirées dans la cuisse de lapins, en évitant de léser soit le fémur, soit l'artère fémorale.

Quand cette condition anatomique est bien réalisée, l'animal survit toujours à une plaie par balle stérile. Par contre, il succombe toujours si la balle est infectée soit directement, soit par passage à travers une étoffe infectée; et la mort a lieu avec une rapidité, avec des accidents locaux et généraux qui excluent l'idée d'une atténuation de virulence par échauffement ou par frottement.

S'il y a un peu d'atténuation — ce que semblait prouver le mode de culture sur gélatine dans les expériences de Mlle Pustoschkin — les conditions anatomiques spéciales aux plaies par armes à

feu se chargent, et au delà, de rétablir l'équilibre, d'aggraver considérablement l'infection.

L'asepsie absolue d'une plaie, même opératoire, n'est jamais réalisée. Mais quand la virulence des microbes est moyenne ou faible, quand leur quantité est petite, l'infection survient ou ne survient pas, selon que le terrain s'y prête ou ne s'y prête pas.

Depuis longtemps déjà, les expérimentateurs ont cherché à préciser l'influence du terrain. Les expériences ont porté, avec des plaies par instrument tranchant, soit sur le péritoine, soit sur le tissu conjonctif, tantôt normaux, tantôt altérés en particulier par l'action de divers antiseptiques. Et M. Tavel nous résume les expériences par lesquelles ses élèves, Lwowitch et Dorst, ont mis en évidence le rôle défavorable des hématomes.

Or, les plaies d'armes à feu, abstraction faite de leurs complications osseuses, articulaires, viscérales, présentent des conditions anatomiques très favorables à l'infection. Déjà, en tirant des balles dans de la gélatine, ou dans des parties molles d'animaux vivants, Karlinski a constaté qu'autour du séton se produisent des fissures, dans lesquelles sont projetés, quelquefois à grande distance, des corps étrangers parcellaires. Cet effet explosif, qui évidemment rend la désinfection illusoire, a été vérifié sous la direction de M. Tavel par M[lle] Pustoschkin.

Et avec des balles enduites de poussière de charbon, M. Koller a bien mis en évidence cette dissémination.

Dans une plaie ainsi fissurée tout autour, les microbes pullulent sans doute avec facilité; et M. Probst, avec des balles rendues septiques par une quantité déterminée d'un microbe déterminé, a très nettement prouvé que, à inoculation égale, une plaie d'arme à feu est le siège d'accidents bien plus graves qu'une plaie par instrument tranchant. L'expérience est décisive sur le lapin, aussi bien pour le streptocoque que pour le staphylocoque, le bacille pyocyanique, la bactéridie charbonneuse; à des degrés de virulence où, dans une plaie d'instruments tranchants, ces microbes ne causent que des accidents légers ou nuls, ils provoquent des accidents très graves dans une plaie d'arme à feu.

Or, quoi qu'en ait pensé primitivement Kocher, les expériences de M. Schwarzenbach font conclure que cette différence ne tient pas aux corps étrangers si volontiers implantés dans les plaies d'armes à feu, car la gravité est la même pour une plaie par balle infectée ou par une plaie pour balle stérile dont on inocule secondairement le trajet sans y laisser de corps étranger.

Quant à l'infection primitive de la plaie, M. Schwarzenbach a vu que, quoi qu'on en ait dit, il suffit, pour qu'elle existe, que la balle ait traversé une étoffe infectée.

Donc, en pratique courante, on doit admettre que toute plaie par arme à feu est le siège d'une infection primitive, légère ou grave; et, avec ses élèves, M. Tavel s'élève contre la doctrine qui considère ces plaies comme primitivement aseptiques.

Aussi, M. Tavel est-il parti de cette idée qu'il devait être utile de la désinfecter primitivement, que Bergmann, Langenbuch avaient tort de prêcher l'abstention systématique immédiate. Mais ici, la pratique a donné tort à la théorie. Avec des balles qu'infectait le streptocoque de Marmorek, microbe de grande virulence et d'action certaine, MM. Müller et Köller ont constaté que, sur le lapin, les tentatives de désinfection étaient plus nuisibles qu'utiles. Drainage, cautérisation à la teinture d'iode ou au thermocautère, désinfection à l'acide phénique, etc., tout cela aggrave plutôt l'infection, et l'aggrave d'autant plus que l'agent est plus énergique. Il en est de même pour les autres microbes expérimentés par les auteurs, et la conclusion pratique est que, pour une plaie des parties molles, moins on fait, mieux on fait.

Certes, des lésions ostéo-articulaires, vasculaires, viscérales résultent des indications opératoires plus ou moins pressantes et formelles. Mais on ne doit pas songer à désinfecter primitivement une plaie des parties molles. Un simple pansement sec suffit, et on surveillera le blessé pour agir sans tarder si des complications septiques surviennent.

Les recherches que je viens de vous exposer ne modifient donc pas ce que nous savions en pratique, mais en théorie elles sont importantes, puisqu'elles nous démontrent qu'on a eu tort de considérer comme aseptiques primitivement les plaies produites par les armes de guerre modernes. Aussi, je vous propose de remercier M. Tavel de nous en avoir fait part.

M. Nimier. — Les recherches de Tavel et de ses élèves sur l'infection des plaies par armes à feu, mettent bien au point certaines opinions contradictoires professées par les nombreux expérimentateurs qui se sont occupés de cette question.

En particulier, je suis d'accord avec notre confrère suisse, pour penser que Frænkel et Pfühl font trop bon marché des chances d'infection qui résultent de la pénétration dans le foyer du coup de feu de débris de vêtements. Mais, en plus de ceux-ci, la balle entraîne avec elle les parcelles de peau qu'elle a broyées à son point d'entrée, et qui sont loin d'être aseptiques. Les recherches de mon camarade de l'armée, M. Remlinger, sur les microbes de la peau, suffisent à l'établir.

Quant au pouvoir infectieux de la balle elle-même, il me semble

avoir été exagéré. Comme Messner, comme Lagarde, Tavel conclut qu'une balle artificiellement infectée n'est pas stérilisée par l'échauffement et le frottement qu'elle subit dans le fusil.

Mais, dans la pratique de guerre, nous n'en sommes pas encore à déposer sur les balles une purée microbienne avant de les envoyer à l'ennemi; aussi, convient-il tout d'abord de rechercher si les balles, telles qu'elles sont livrées aux hommes, sont ou non aseptiques, et si elles s'infectent avant de produire une blessure. Déjà La Garde, un de nos collègues de l'armée des États-Unis, a établi que le plus grand nombre des balles dans les paquets de cartouches sont stériles ou tout au moins pures de germes septiques. Avec mon collègue, M. Vincent, nous avons repris l'étude de cette question au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce, et bien que les expériences ne soient pas encore terminées, je puis vous exposer quelques-uns des résultats qu'elles nous ont donnés jusqu'à présent.

Tandis que La Garde attribue la stérilité des balles dans les paquets de cartouches à la désinfection qu'elles subissent du fait même de leur fabrication, il nous semble que, en plus de cette raison d'asepsie, il convient de faire appel, dans une certaine mesure au pouvoir auto-stérilisateur du métal même des projectiles. Du fait peut-être du contact de l'air, mais surtout dans l'intérieur de nos tissus, en raison des conditions de chaleur, d'humidité, d'alcalinité ou parfois d'acidité, favorables à l'attaque du métal des balles qui s'y sont arrêtées, il se produit à la surface du projectile des composés métalliques faiblement antiseptiques qui, se diffusant, gênent le développement microbien.

Cette hypothèse explique bien pourquoi les balles modernes ne sont pas également aseptiques : leur degré d'asepsie paraît être en rapport avec le pouvoir antiseptique des sels formés par le métal qui constitue leur surface.

Lorsqu'on dépose sans précautions d'asepsie une balle de revolver d'ordonnance, balle à chemise en cuivre, dans du bouillon, on constate que ce milieu reste parfois stérile ; ou bien il se forme une culture maigre, chétive, qui pousse avec lenteur. Le phénomène est encore plus marqué si l'essai est fait à l'étuve à 37 degrés. On voit, du reste, après deux ou trois jours, le bouillon prendre une coloration verte, indice de la formation de sels cupriques qui jouent un rôle microbicide léger sans doute, mais réel. Il est incontestable que pareille action se produit dans les tissus où la balle s'est logée, et nous avons là l'une des explications de leur tolérance pour les projectiles.

La balle du fusil Lebel, balle à chemise de maillechort, paraît, dans l'ordre d'idées qui nous occupe, manifestement moins anti-

septique que la balle à chemise de cuivre. Nous classerions en troisième lieu les balles de plomb et enfin au dernier rang les balles à chemise d'acier, comme la balle allemande. Ces dernières ne gênent en aucune manière la multiplication des microbes dans les milieux nutritifs artificiels.

Bien que l'infection des plaies par armes à feu soit due le plus souvent aux bactéries pathogènes des débris de vêtement et de peau apportés par la balle, il est encore pour cette dernière une source de souillure qui mérite d'attirer l'attention : c'est la poudre toujours incomplètement brûlée (1).

Déjà en 1894, j'ai pu réunir quatre cas de tétanos consécutif à des coups de feu à blanc, reçus au cours de manœuvres à double action. Comme il s'agissait de poudre noire, mélange de charbon, salpêtre et soufre, je me demandai si le bacille de Nicolaïer ne se trouvait pas dans la charge elle-même.

Cette supposition ne fut pas confirmée par les recherches de La Garde et celles que j'ai faites avec Vincent. Elles ont bien établi que la poudre noire donne lieu au développement, dans les milieux de culture, de bacilles variés, mais jamais nous n'avons trouvé de microbes pathogènes. De plus, tout récemment un capitaine de l'armée autrichienne a signalé vingt cas de tétanos mortel observés (de 1888 à 1896 inclus) également, à la suite de coups de feu à blanc. Dans ces vingt cas, dix-sept fois il s'agissait de tir avec poudre sans fumée. Ces poudres sans fumée, à en juger par celles utilisées aux États-Unis, non seulement ne donneraient pas de culture positive, mais de plus contiendraient une substance capable d'entraver le développement de certains germes (La Garde). Par contre, d'après nos recherches bactériologiques et d'après celles qui ont été faites sur l'ordre du Comité de santé de l'armée autrichienne, la poudre sans fumée, tout comme la poudre noire, renfermerait des germes, mais des germes banals.

Si l'on ensemence sur des plaques de gélatine, des grains de

(1) De nombreuses expériences démontrent que la déflagration d'une charge de poudre mélangée artificiellement de germes, ne suffit pas pour tuer ces derniers et mettre le blessé à l'abri d'une inoculation.

Nous avons fait dessécher des spores de bacilles du tétanos et des microbes favorisants, et le tout a été mélangé à de la poudre sans fumée. La cartouche à blanc ainsi préparée, fut tirée à une distance de 50 centimètres sur la cuisse d'un lapin. La plaie produite fut recouverte d'une couche isolante de collodion. Or, l'animal ainsi traumatisé, prit le tétanos et en mourut. Il résulte donc bien de cette expérience, que la combustion ou la déflagration de la poudre sans fumée n'est pas capable de tuer tous les spores des microbes pathogènes, ni même les microbes favorisants beaucoup moins résistants que les spores tétaniques.

poudre sans fumée, on constate que le nombre des colonies qui se développent est toujours très faible. Par exemple, huit grains de cette poudre ont donné deux moisissures et seulement onze colonies microbiennes, toutes appartenant aux espèces banales de l'air.

De plus, lorsqu'on projette plusieurs grains de poudre sans fumée dans du bouillon neutre et qu'on met le tout à l'étuve, on voit que certains tubes restent stériles.

Il est donc probable que, dans les cas de tétanos relatés plus haut, les bacilles de Nicolaïer furent apportés dans les plaies soit par les débris de carton de la fausse balle, ou encore par des parcelles de terre accidentellement introduites dans le fusil — fait constaté — ou enfin ces germes se trouvaient à la surface de la peau du blessé ou dans ses vêtements.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait attribuer aux résidus de la poudre, une influence nocive bien manifeste. La balle frappant de plein fouet est dangereuse au point de vue de l'infection par les débris de vêtements et de peau qu'elle peut entraîner dans la profondeur des tissus. Si elle y séjourne, les sels métalliques, qui sous l'action des humeurs, se forment à sa surface, possèdent un certain pouvoir antiseptique et favorisent sa tolérance.

M. Broca. — Les expériences ont été faites avec des balles en plomb dur avec chapeau d'acier.

Lecture.

Epithélioma du larynx. Extirpation totale sans trachéotomie préalable par le procédé Périer; guérison, par M. le professeur Jonnesco (de Bucarest).

Travail renvoyé à une Commission (M. Picqué, rapporteur).

Présentation de malades.

M. Berger présente un jeune homme de vingt et un ans, sur lequel, il y a plus d'un an, il a pratiqué *l'ostéotomie trochantérienne oblique pour une ankylose angulaire de la hanche, consécutive à une coxalgie de l'enfance*. L'opération, pratiquée suivant la méthode de MM. Terrier et Hennequin et suivie de l'extension continue pendant deux mois, a donné un résultat excellent. Le sujet qui n'avait

jamais mis le pied par terre auparavant, marche aisément et sans beaucoup de boiterie avec une chaussure à semelle surélevée.

On a obtenu par l'extension un allongement réel du fémur, de 2 centimètres : la réunion s'est faite par première intention.

L'observation sera prochainement publiée dans la *Revue d'Orthopédie*. M. Berger montre une photographie radiographique de la région, sur laquelle on peut juger de la correction de l'obliquité du fémur obtenue par l'opération.

Présentation de pièces.

M. Picqué. — Depuis deux ans, j'ai installé, à l'hôpital Dubois, un service régulier de radiographie pour toutes les lésions osseuses et articulaires, qui se présentent à mon observation. J'ai pu ainsi constituer un album de photographie qui s'enrichit chaque jour.

Je vous demande la permission de vous présenter aujourd'hui, parmi les photographies les plus récentes, celles qui me paraissent présenter un réel intérêt.

Premier cas. — Il s'agit d'une fracture de l'extrémité supérieure du tibia (variété cunéiforme) avec subluxation du tibia en dehors. Hémarthrose du genou. Le mécanisme a été classique. Pas de choc direct. Le pied du malade est retenu sur le sol : ce dernier fait un mouvement de rotation pour se dégager.

Deuxième cas. — Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus prise en ville sur une luxation : le diagnostic véritable est fait sous le chloroforme et la radiographie vient le confirmer.

Dans ce cas, il n'y a pas eu de chute et la fracture s'est produite par traction violente exercée sur l'avant-bras. Le coude était le siège d'une lésion antérieure mal déterminée, et l'humérus devait être le siège d'une ostéoporose.

Troisième cas. — Fracture du péroné avec subluxation du pied en arrière produite dans une chute de bicyclette. La réduction a été faite sous chloroforme.

Quatrième cas. — Fracture récente de l'olécrane avec renversement en haut du petit fragment. Ecartement considérable. suture immédiate. Guérison rapide.

Cinquième cas. — Tumeur de l'omoplate. Résection de l'omoplate en totalité. La photographie a été prise après la guérison.

Je tiens à faire remarquer que l'emploi systématique de la photographie n'a à mes yeux de réel intérêt que lorsqu'il vient confirmer un diagnostic établi tout d'abord par les règles ordinaires

de la clinique ou démontrer certains détails qui échappent à l'investigation clinique et sont cependant nécessaires pour établir le traitement sur des bases sérieuses.

Il permet par cela même de compléter de la façon la plus heureuse l'histoire anatomo-pathologique des fractures.

Je demanderai à mes collègues de leur signaler au fur et à mesure les faits intéressants de ma pratique hospitalière.

M. Berger. — Une des pièces me paraît une fracture de Dupuytren avec déformation typique.

M. Picqué. — Le moulage en plâtre vient cependant à l'appui du diagnostic de luxation du pied en dehors et en arrière.

Pièce d'appendicite à répétition avec segmentation de l'appendice et oblitération de l'extrémité terminale. Développement récent d'un abcès autour de cette dernière.

M. Quénu. — Cette pièce a été enlevée opératoirement chez un adulte d'une trentaine d'années. Première crise d'appendicite aiguë il y a plus d'un an. Deuxième crise aiguë que j'ai observée il y a six semaines. Voici ce que j'ai constaté au cours de l'opération : Situation postérieure de l'appendice, qui est voilé par des adhérences.

L'extrémité terminale est renflée, très adhérente à un petit foyer ne renfermant pas de pus, mais une sorte de substance concrète, jaunâtre, n'ayant du reste rien de commun avec la substance caséeuse de la tuberculose.

L'appendice enlevé, nous constatons qu'il se compose de deux portions complètement séparées l'une de l'autre et seulement réunies par des adhérences solides, anciennes; le tronçon continu avec le cæcum paraît normal, le tronçon périphérique est absolument clos, et séparé par un intervalle de 1 centimètre du tronçon central; cependant, il existe un petit pertuis correspondant à l'abcès constaté précédemment. Ce même tronçon renferme une concrétion calculaire; une culture faite avec le contenu donne un résultat positif au bout de vingt-quatre heures. De ces constatations très rigoureusement faites, il me paraît possible de tirer les conclusions suivantes : les adhérences qui réunissent les deux tronçons d'appendice attestent par leur organisation, leur solidité, et l'absence de toute concrétion jaunâtre, que le processus de segmentation répond à la première attaque : celle d'il y a plus d'un

an. La deuxième attaque, celle d'il y a six semaines, s'est développée manifestement autour d'un segment clos de toute part : cette pièce vient donc à l'appui de la théorie du vase clos de M. Dieulafoy.

M. Brun. — Je voudrais demander à M. Quénu si on a examiné le tronçon d'appendice attenant au cæcum, car j'en ai extirpé de pareils et, dans ces cas, on trouve dans le tronçon des ulcérations et des lésions, qui montrent qu'on doit plutôt se rattacher à une pathogénie différente de celle du vase clos. C'est l'altération de la muqueuse qui débute, les crises inflammatoires sont secondaires. Aussi j'admets difficilement que ce soit à cause de la transformation fibreuse qui séparait entre elles les deux extrémités de l'appendice que soit due la deuxième poussée d'appendicite.

M. Routier. — Je demanderai à M. Brun comment on peut alors s'expliquer les accidents dans le cas où l'appendice est entièrement fibreux et oblitéré dans toute son étendue.

M. Tuffier. — Je me rallie à la manière de voir de M. Quénu. Pour moi, la seconde poussée d'appendicite est due à la rupture de l'extrémité séparée de l'appendice, tranformée en cavité close.

M. Quénu. — Je répondrai à M. Brun, que le tronçon tenant au cæcum, à la vue est peu altéré, il sera d'ailleurs examiné histologiquement. Je ne discute d'ailleurs pas ici la théorie du vase clos, je me contente de faire remarquer qu'évidemment, c'est la première attaque d'appendicite qui, chez mon malade, a produit cette cicatrice fibreuse qui transforme le tronçon terminal de l'appendice en cavité close : comme je ne trouve pas d'altérations dans le tronçon attenant au cæcum, qui paraît avoir été en dehors des phénomènes inflammatoires, il faut bien admettre que c'est la rupture de la poche fermée qui a déterminé la crise d'appendicite. Ce cas viendrait donc à l'appui de la théorie du vase clos.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.





SÉANCE DU 27 AVRIL 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. GÉRARD-MARCHANT, qui, retenu au concours de médecine, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° Lettre de M. JONNESCO (de Bucarest), qui demande à être inscrit comme candidat au titre de membre étranger de la Société de chirurgie;

4° Travail de M. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand), membre correspondant, qui sera lu ultérieurement par M. le Secrétaire général;

5° Lettre de M. MONOD, qui demande l'honorariat.

Nécrologie.

M. BERGER. — J'ai la douleur d'annoncer à la Société de chirurgie, la mort de M. Zancarol, d'Alexandrie, bien connu de nous tous, pour ses nombreuses communications. C'était un de ceux qui faisaient grand honneur à la Société, dont il était membre correspondant.

A propos du procès-verbal.

M. Picqué. — Dans la dernière séance, j'ai présenté une radiographie figurant une lésion du pied que j'ai considérée comme une luxation du pied en arrière. M. le professeur Berger ayant pensé qu'il s'agissait peut-être d'une simple fracture de Dupuytren en raison de l'existence de la fracture du péroné, je vous présente aujourd'hui le moulage, qui montre l'absence de la déformation classique de Dupuytren.

Dans une précédente communication, j'avais mis sous vos yeux une radiographie à peu près semblable à celle-ci, présentant également une subluxation en arrière. Mais le moulage y montrait en plus très nettement la déformation de Dupuytren et je me suis appuyé sur ce dernier fait pour affirmer, contrairement à ce qui m'avait été objecté, que la lésion devait rentrer dans le groupe des fractures de Dupuytren.

Je pense, en effet, qu'on doit faire rentrer dans le groupe clinique de Dupuytren, non seulement les cas où la fracture malléolaire s'accompagne seulement de la déviation en dehors, mais encore ceux où cette déviation s'accompagne d'un certain degré de subluxation du pied en arrière. C'est un point sur lequel insistait autrefois mon vénéré maître M. Richet.

Mais d'autre part, il est évident que les cas où la subluxation en arrière existe seule, doivent rentrer naturellement dans le cadre des luxations du pied.

M. Berger. — Il est certain qu'ici nous n'avons pas affaire à une fracture de Dupuytren, car on ne trouve pas le coup de hache.

Discussion.

Sur les psychoses post-opératoires (Suite).

M. Reclus lit un travail de M. Barette (de Caen).

M. Barette (de Caen). Désirant répondre à l'appel qui nous a été adressé par notre collègue et ami le D[r] Picqué, à la fin de sa communication sur le délire psychique post-opératoire, nous avons cru utile d'adresser à la Société de Chirurgie ces quelques notes recueillies depuis une dizaine d'années.

Je restreins mes observations au délire psychique vrai qui doit être absolument distingué des faits de délire toxique d'origine médicamenteuse, ou de délire lié à certaines formes de septicémie.

Je possède trois observations que je vais rapporter sommairement.

Obs. I. — *Hystérectomie vaginale pour épithélioma commençant du col utérin. Délire au douzième jour. Guérison.*

En juin 1895, je pratiquai l'extirpation de l'utérus, sur une malade de mon service à l'Hôtel-Dieu de Caen. Pansement à la gaze salolée, enlèvement des pinces après quarante-huit heures. Suites de l'opération apyrétiques. Au douzième jour, je trouve la malade anxieuse, agitée, manifestant une vive terreur à la vue des élèves qui m'entouraient.

Il n'y avait ni fièvre, ni constipation: rien d'anormal en un mot.

Dans la journée qui suivit la visite, la malade se leva, s'habilla et profitant d'un moment où elle n'était pas surveillée, elle sortit de l'hôpital, alla prendre le chemin de fer, et se rendit chez elle à Bayeux. Elle arriva dans sa famille racontant qu'elle ne voulait pas se laisser massacrer par des bourreaux qui la poursuivaient, etc., etc. Le médecin de la malade fut appelé, et pendant plusieurs jours, il lui donna des soins, sans réussir à calmer l'agitation. Elle ne disparut tout à fait que six semaines après. Cette femme, âgée de quarante ans, n'avait aucun antécédent nerveux, elle n'était ni alcoolique, ni hystérique. Depuis sa guérison, elle n'a présenté aucun trouble nerveux, d'ailleurs l'épithélioma utérin, qui était tout petit, n'a point récidivé.

Obs. II. — *Extirpation par morcellement d'un volumineux polype utérin. — Délire psychique au dix-septième jour.*

Le 21 août 1897, je pratiquais, sur une malade de quarante-quatre ans, l'extirpation par morcellement d'un gros fibrome polypeux, pesant 765 grammes. Lavages à l'eau bouillie salée, mèche de gaze au salol. Suites opératoires très normales, sans fièvre. La malade reprenait lentement ses forces à cause de l'état d'anémie profonde où elle était avant l'opération, à la suite de pertes utérines très abondantes.

Le 7 septembre, la malade eut une légère contrariété domestique. Dans la soirée, elle manifesta un certain trouble dans les idées; elle cessa de reconnaître les personnes de son entourage, son mari, ses enfants, ses domestiques. Jamais, dans les jours qui suivirent, elle n'eut d'accès de délire aigu : pas de fièvre, pas de troubles de la digestion. Je l'ai revue deux mois après le début de ses troubles psychiques : elle était toujours dans le même état d'hébétude, absolument inconsciente, plutôt mélancolique que gaie. Depuis, elle a été internée dans un asile d'aliénés, et son état ne s'est pas encore modifié.

Dans ce cas encore, une investigation minutieuse ne m'a révélé aucun trouble mental antérieur chez la malade, ni chez ses ascendants ou ses

collatéraux. Elle avait manifesté une grande crainte au sujet de l'opération et elle était anémiée depuis longtemps par des pertes abondantes.

Obs. III. — J'observe, depuis six mois, une malade âgée de cinquante ans, qui a subi, au mois d'août 1896, l'extirpation de l'utérus et des annexes par la voie vaginale pour des lésions dont je ne connais pas la nature. Elle a été opérée à Paris, dans une maison de santé. Avant l'opération, elle était manifestement hystérique, très mondaine et très portée aux plaisirs de la table. Pendant sa convalescence, ses idées se dérangèrent assez brusquement, et elle manifesta d'abord une aversion marquée pour le chirurgien qui l'avait opérée.

Depuis, c'est toujours le thème principal de sa monomanie; elle raisonne sainement sur la plupart des sujets; elle fait des projets d'avenir où le plaisir prend la plus grande place. Mais si on l'interroge sur les souffrances dont elle se plaint, immédiatement les accusations, les récriminations commencent contre son opérateur. Elle raconte qu'il a fait sur elle des expériences; qu'il lui a déchiré les organes contenus dans l'abdomen, qu'il lui a laissé des instruments à demeure dans le ventre, etc., etc.

Pendant un séjour qu'elle a fait, il y a quelques mois, dans une maison de santé de notre ville, elle fut reprise d'obsessions délirantes dans lesquelles elle manifestait une peur atroce d'être opérée de nouveau. Un soir, profitant de l'absence de la religieuse qui la gardait, elle ouvrit la fenêtre de sa chambre et se précipita sur le trottoir où elle se brisa une jambe. Le lendemain, elle m'expliquait qu'elle s'était sauvée pour *échapper au sort qui l'attendait.*

Aujourd'hui, quinze mois après le début des accidents, l'état de la malade ne s'est nullement modifié. Elle semble s'acheminer vers la paralysie générale.

Telles sont mes trois observations; toutes se rattachent à la chirurgie gynécologique. Sur un total de 1,800 opérations environ, de toute nature, sur des sujets de tout âge, nous ne relevons aucun autre fait analogue.

Dans un seul des cas sur trois, l'hystérie anté-opératoire peut être incriminée et elle est compliquée d'un certain degré d'alcoolisme.

Un cas a guéri au bout d'un mois et demi environ; les deux autres ne se sont pas modifiés : l'un dure depuis sept mois; l'autre, depuis quinze mois. Guériront-ils?

M. Tuffier. — L'ensemble des communications qui se sont succédé tendent à établir que les psychoses post-opératoires surviennent chez les sujets prédisposés. Mais pour arriver à une notion scientifique exacte sur ce sujet, il nous faudrait établir où

commence et où finit la psychose, et quel est dans l'opération, acte très complexe, le facteur pathogène : Traitement préparatoire, anesthésie, hémorrhagie, action sur l'organe, traitement post-opératoire, le tout, joint à l'*état moral* déterminé par la crainte de l'opération, doivent entrer en ligne de compte, chacun pour leur part, dans les accidents.

Les faits que j'ai observés portent sur quatre cas. J'ai vu un *enfant* de dix-sept ans que j'ai opéré d'une cure radicale de hernie inguinale ; je n'employai aucun antiseptique ; au bout du septième jour, il fut pris, par une nuit d'orage, d'un délire furieux qui dura environ quinze heures C'était un hystérique avéré, ainsi que mon collègue Talamon l'avait reconnu. Chez l'adulte, j'ai vu un cas de délire post-opératoire chez un homme de cinquante-trois ans, qui présentait des accidents vésicaux pour lesquels il m'avait demandé de lui faire la castration ; ce que je lui refusai, n'ayant jamais pu me résoudre à faire cette opération. Je fus un soir appelé d'urgence auprès de lui, il avait été opéré trois jours avant, son chirurgien était absent, et son médecin me pria de le voir. Il était mon voisin, je trouvai un homme en proie à un délire furieux, voulant se jeter par la fenêtre. Ce délire dura une semaine. Les deux autres cas que j'ai observés ont trait à des *femmes* et, dans le seul fait bien probant, il s'agissait d'une opération fort simple. J'avais opéré pour une *mastoïdite suppurée* une femme de cinquante-trois ans, et j'avais placé dans l'antre ouvert une boulette de gaze iodoformée. Le lendemain, la malade délirait ; je pensai à une méningite, mais son pouls était parfait, sa température à 37 degrés ; le surlendemain, mêmes accidents ; je pensai à un délire iodoformique, je changeai le pansement, rien n'expliquait ces accidents. Après trois semaines de cet état persistant, malgré la guérison complète de cette opération, je fus d'accord avec mes collègues pour signer un certificat d'aliénation mentale. Le vingt-huitième jour, au moment où on allait la transporter à Saint-Anne, son délire disparut. La mère de cette femme était restée folle pendant de longues années et était morte dans une maison d'aliénés.

A propos de l'iodoformisme seul, il faut bien savoir que la suppression du pansement ne suffit pas à calmer les accidents : tant que les urines contiennent des traces de médicament, les malades sont en état d'intoxication, et j'ai vu durer cette élimination pendant 8 et 10 jours.

Mon dernier fait est d'ordre différent, il a trait à une opération pratiquée chez une femme aliénée. M. Picqué a rapporté cette opération dans son mémoire, je ne fais que la rappeler brièvement : c'était une femme dont la folie avait débuté par des troubles

utéro-ovariens, survenant uniquement à propos de ces troubles d'abord, puis s'exacerbant au moment des époques, son délire portant presque uniquement sur des douleurs utéro-ovariennes. C'était la parente d'un de mes internes ; je la fis entrer à Beaujon, et après de nombreux examens de nos collègues, et sur l'avis favorable des médecins aliénistes qui la soignaient, je me décidai à pratiquer la castration utéro-ovarienne par voie vaginale. Les résultats immédiats furent fort curieux, puisque le lendemain de cette opération cette femme ne délirait plus et reconnaissait ses enfants. A sa sortie de l'hôpital, son délire redevint intermittent puis elle dut regagner sa maison de santé, où ses accidents reprirent leur gravité, puis son délire redisparut longtemps après. Elle est actuellement rendue à sa famille. Je ne veux tirer aucune conclusion de ce fait isolé et je vous le livre sans commentaires.

Tout ce que je puis dire en terminant, c'est que sur les milliers d'opérations que j'ai pratiquées depuis quinze ans, je n'ai eu que bien exceptionnellement des psychoses post-opératoires; ce qui m'étonne le plus, c'est de n'avoir pas rencontré des faits d'*hystérostraumatisme et d'épilepsie post-traumatiques* qui sont loin d'être rares après les traumatismes non chirurgicaux et qui vraiment sont exceptionnels après nos opérations, puisque personne ici n'est venu nous en signaler des exemples.

M. Poirier. — Je dirai en très peu de mots ce que j'ai à dire sur ce sujet, parce que ce que je voulais dire a été déjà dit par plusieurs de nos collègues. — J'ai vu trois fois des malades ayant subi la castration double avec hystérectomie, dans deux cas pour fibromes, dans le troisième pour suppurations pelviennes d'origine salpingienne, présenter des troubles psychiques analogues à ceux que l'on observe parfois, au moment de la ménopause, chez certaines femmes nerveuses. Ces troubles ont duré quelques semaines seulement, mais se sont reproduits à trois reprises différentes, chez deux de ces malades, au cours de la première année après l'opération. Depuis, les trois malades ont repris leur forme intellectuelle ordinaire. Il ne me paraît pas douteux que ces troubles doivent être rattachés, non à l'acte opératoire, mais à la suppression brusque de la fonction ovarienne.

A côté de ces cas, j'ai perdu par suicide deux opérés : un homme, qui se pendit dans son lit, à l'hôpital Saint-Louis, trois jours après une opération de hernie étranglée; c'était un triste, sans fièvre, sans délire; je n'ai pu avoir de renseignements sur les antécédents personnels ou héréditaires de ce malade.

Le second cas a trait à une dame qui se jeta dans un puits, dix-sept mois après avoir subi une castration double pour tumeur végétante des ovaires : renseignements pris, la mère de cette malade avait mis fin à ses jours par le même procédé, vers le même âge.

J'ai encore observé un cas de délire très violent chez une malade de quarante-trois ans à laquelle j'avais fait une cholécystostomie pour une vésicule à col obstrué, contenant avec un liquide blanc filant, plus de cent calculs. Dans ce cas, le délire était manifestement dû à une intoxication ou à une infection : en effet, c'est seulement au troisième jour après l'opération que commencèrent les troubles cérébraux, en même temps que la température, normale jusque-là, s'élevait à 40°,8. Le délire était de forme particulière : la malade, très agitée, suppliait qu'on lui coupât les cheveux d'où venait, disait-elle, une « odeur épouvantable ». Ce délire cessa brusquement, au bout de quatre jours, *en même temps que la fièvre.* Il est à remarquer qu'un abondant écoulement de bile commença le quatrième jour après l'opération, vingt-quatre heures après le commencement du délire. Cette malade a gardé pendant cinq mois une fistule biliaire qui a guéri spontanément. Je la revois souvent, saine d'esprit et de corps. Cette femme ne présentait aucun antécédent nerveux, soit personnel, soit héréditaire.

En résumé, je pense qu'en dehors de ces troubles intellectuels passagers, que l'on peut observer après la castration chez certaines femmes nerveuses, qu'en dehors des cas de délire relevant de l'infection ou de l'intoxication, l'acte opératoire ne peut déterminer des troubles psychiques persistants chez les individus sans hérédité mentale.

M. G. Bouilly. — Je n'ai rien à ajouter aux conclusions générales des communications de MM. Picqué, Richelot, Reynier, Segond et autres ; il ne m'a pas semblé que le traumatisme chirurgical et, en particulier, les opérations gynécologiques fussent capables de produire de toutes pièces les accidents de l'aliénation mentale. Dans la plupart des cas où j'ai observé des troubles psychiques après des interventions, il s'agissait de malades prédisposées ayant déjà présenté ou présentant des troubles cérébraux.

Il faut néanmoins reconnaître que toute opération, quelle que soit sa nature, peut faire éclater des accidents qui auraient peut-être manqué ou été retardés sans cette circonstance, et, en particulier, certaines opérations de chirurgie génitale m'ont paru plus que toutes autres suivies d'une secousse cérébrale qu'il faut savoir reconnaître.

Le nombre très restreint de ces troubles, comparé à la quantité considérable des opérations qui ne sont suivies d'aucun accident, ne laisse aucun doute sur la présence d'une tare cérébrale connue ou inconnue chez les sujets touchés. De même, l'explosion de ces accidents après des opérations très différentes comme nature et comme importance plaide dans le même sens.

Il y a lieu, tout d'abord, d'établir une grande distinction entre les femmes atteintes d'accidents hystériques ou hystériformes et celles qui présentent les troubles appartenant aux diverses variétés de l'aliénation mentale. Dans le premier cas, il s'agit surtout de phénomènes douloureux, d'hyperesthésie, de sensations plus ou moins bizarres, locales ou irradiées, qui apparaissent ou s'exagèrent après l'intervention. Ce sont des malades qui, la plupart du temps, ne présentaient que des lésions insignifiantes; l'indication opératoire a été plutôt tirée des sensations de la malade, que de la constatation directe des lésions et le résultat thérapeutique est nul; la malade était hystérique avant l'opération; elle l'est encore après et souvent même à un degré plus exagéré.

Cette classe d'opérées devient de plus en plus rare, les chirurgiens ne se laissant plus guère aller à une intervention dont ils connaissent à l'avance les mauvais résultats.

A côté de ces hystériques, sans lésions ou à peu près sans lésions, il en est d'autres qui sont à la fois hystériques et atteintes de lésions réelles et avérées des organes génitaux. Mais, chose remarquable, plus les lésions sont accentuées, moins les phénomènes hystériques sont marqués. Nous opérons bien peu de malades présentant de graves suppurations des ovaires ou des trompes et en même temps franchement hystériques, et si l'on opère dans ces conditions, l'hystérie s'améliore plutôt qu'elle ne s'exagère. Le résultat est infiniment moins mauvais qu'en cas d'ablation de petits ovaires kystiques chez des névropathes. Non seulement les phénomènes hystériques ne s'exagèrent pas, mais ils tendent plutôt à diminuer. L'opération, chez ces malades, semble d'autant moins exalter le système nerveux qu'elle s'adresse à des lésions plus graves et incontestables.

En pareil cas, il ne s'agit pas de véritables phénomènes psychiques, comme on le voit chez les malades présentant les troubles de l'aliénation mentale. J'ai observé plusieurs femmes chez lesquelles l'opération fut suivie d'un dérangement cérébral qui nécessita leur réclusion dans une maison de santé. Deux d'entre elles présentaient avant l'opération un état qui permettait de prévoir et de craindre l'aggravation des accidents.

L'une de ces malades, âgée de quarante-sept ans, me fut envoyée

de province pour être opérée d'un cancer du corps de l'utérus; sombre, mélancolique, répondant à peine à mes questions, très inquiète de son état, convaincue à l'avance que rien ne pouvait la guérir, cette malade, à première vue, me fit une singulière impression. Mais, le cas était absolument favorable au point de vue opératoire, l'indication était formelle et je pratiquai l'hystérectomie vaginale ; celle-ci fut simple et facile, ne présenta aucune complication et fut suivie d'une guérison locale rapide. Dans les jours qui suivirent l'intervention, la malade resta toujours aussi sombre, aussi préoccupée de son état, ne manifesta jamais aucune satisfaction du résultat de l'opération, persistant toujours à croire et à répéter qu'elle était perdue, que rien ne pouvait la guérir, que son opération ne servirait à rien, etc. Elle partit quelques jours plus tard, en apparence tranquille, au fond toujours désespérée et, trois mois après, elle était ramenée à Paris dans une maison de santé en pleine crise de manie ; elle succomba au bout de deux mois, dans l'état le plus misérable, avec tous les accidents les plus effrayants de la manie, ayant perdu toute raison, alimentée à la sonde œsophagienne et condamnée à la camisole de force. J'avais appris, dans l'intervalle, que deux ans avant le début de sa lésion utérine, elle avait dû être enfermée déjà dans une maison de santé pendant six mois et que sa mère était morte folle.

J'ai soigné et suivi pendant plusieurs années une jeune femme de vingt-huit ans environ chez laquelle je pus suivre, de mois en mois, le développement d'une affection des organes génitaux et d'une façon presque parallèle le dérangement de ses faculté mentales.

Pendant longtemps, cette femme vint à la consultation externe, atteinte seulement d'une endométrite, probablement gonorrhéique, avec écoulement muco-purulent abondant; cette jeune femme, mariée à un coiffeur, était, à ce moment, gaie, active, nullement inquiète ni préoccupée de son état; retenue par ses occupations, elle refusa, pendant plus d'un an, d'entrer à l'hôpital pour subir un traitement radical. Elle continuait à venir à la consultation à intervalles assez éloignés; plus tard, elle revint, accusant des douleurs et présentant une propagation péri-utérine se faisant d'une facon lente et insidieuse, mais absolument certaine; peu à peu, en même temps, son caractère s'altéra; elle devint inquiète, préoccupée; elle semblait toujours cacher un chagrin. Elle nous avoua plus tard que son mari s'éloignait d'elle, qu'il lui reprochait sans cesse d'être malade, que sa vie devenait triste et inutile, qu'elle ne pouvait plus travailler. Du reste, à cette époque, elle souffrait violemment, ne marchait plus qu'avec peine

et faisait tous ses efforts pour ne pas rester couchée chez elle ; elle avait maigri, sa figure s'était altérée. Enfin, un jour, elle arriva très excitée, pleurant et criant, disant que son mari voulait la tuer, qu'elle ne pouvait plus rentrer chez elle. Je fis venir le mari, il me confirma l'état de malaise continuel de sa femme, son dérangement cérébral, m'assura qu'il ne l'avait jamais brutalisée et que, souvent, elle était prise de terreur et d'hallucinations.

A cette période, l'examen local démontrait très nettement l'existence d'une salpingite bilatérale. Toute cette évolution avait duré trois ans, pour l'établissement des lésions péri-utérines et la production des troubles cérébraux. Il me semblait qu'il y avait eu un tel parallélisme entre les deux ordres d'accidents qu'il me parut indiqué de tenter leur guérison par l'ablation des lésions, et après m'être assuré du consentement du mari, je pratiquai par l'hystérectomie vaginale l'ablation des deux trompes atteintes de salpingite suppurée. La malade guérit simplement, fut fort tranquille pendant tout son séjour à l'hôpital et sortait en apparence améliorée. Deux mois plus tard, elle était reprise d'accidents cérébraux tels, qu'elle dut être enfermée d'urgence. J'ignore malheureusement la fin de son histoire, mais elle me paraît facile à deviner.

Ici encore, bien entendu, l'opération n'est pour rien dans le développement de la psychose; tout au plus pourrait-on accuser la lésion utérine et péri-utérine dont le développement semble avoir influencé d'une façon non douteuse l'état mental de cette malade.

La tare cérébrale n'est pas non plus difficile à déceler chez une femme déjà âgée, de soixante-trois ans, paraissant déjà atteinte d'affaiblissement intellectuel sénile, chez laquelle je pratiquai l'hystérectomie vaginale le 3 juillet 1897 pour un sarcome diffus de la muqueuse utérine; les suites de l'opération furent simples et apyrétiques. Néanmoins, dans les jours qui suivirent, la malade tomba dans un état de véritable mélancolie, pleurant sans cesse sans raison, refusant la nourriture et voulant se laisser mourir de faim. Elle rentra chez ses enfants où elle continua à présenter les mêmes troubles cérébraux, et un mois plus tard, elle succombait dans un véritable état de marasme, environ deux mois après son opération. Localement, la guérison opératoire était tout à fait complète.

Dans ces trois cas, il s'agissait de l'ablation de l'utérus; dans les cas suivants, il s'agit d'interventions différentes et de nature variée.

Une femme, célibataire, d'environ quarante ans, garde-malade, de bonnes manières, de bonne tenue, est opérée le 28 mai 1896,

par la laparotomie d'une volumineuse ovarite suppurée qui avait donné lieu, pour la première fois, quelque temps auparavant, à une poussée violente de pelvi-péritonite. Pendant tout son séjour à l'hôpital, cette femme se montra tout à fait raisonnable, sans aucune apparence de dérangement cérébral. Deux mois après sa sortie de l'hôpital, elle est prise de folie mystique, avec hallucinations, conceptions délirantes, et doit être enfermée dans une maison de santé. Après six mois de réclusion, elle sort tout à fait guérie, elle peut reprendre ses occupations et ce n'est pas sans étonnement que je la retrouve un jour, gardant une malade, chez laquelle j'étais appelé en consultation et auprès de laquelle elle avait été placée par un de mes collègues.

Quelle relation établir entre l'opération et cette crise de folie mystique? Je ne saurais la trouver et j'ai tendance à croire qu'il n'en existe pas. Il y a plus d'importance à ajouter aux conditions de milieu dans lesquelles se trouvait cette femme; elle avait une sœur religieuse; elle-même, après sa sortie de l'hôpital, vécut dans un couvent; peut-être faut-il trouver dans ces circonstances sinon la cause de sa crise de folie, au moins la cause de la nature particulière de cette folie.

Le cas suivant est plus curieux à cause de la minime importance de l'acte opératoire. Il s'agit d'une grosse et forte fille de vingt-huit ans, cuisinière, à qui je pratiquai, en 1893, une amputation partielle du col pour une métrite cervicale parenchymateuse. Elle revint souvent à la consultation, se plaignant de violentes douleurs au moment de ses règles, de crises nerveuses à ce moment et d'impossibilité de travailler pendant leur durée. Le col utérin me parut un peu rétréci par la cicatrice opératoire, et je fis rentrer cette malade à la fin de décembre 1894 pour l'observer.

Pendant son séjour à l'hôpital, elle accusa une crise de règles horriblement douloureuse et réclama avec instance une intervention qui pût la soulager. Deux jours de suite, je lui introduisis dans l'utérus une laminaire qui fut chaque fois laissée en place vingt-quatre heures sans déterminer de violentes douleurs; le lendemain de l'ablation de la laminaire, la malade fut prise d'une crise aiguë de manie, pleurant, se désolant, disant qu'on ne savait pas trouver sa maladie, qu'elle ne guérirait jamais, qu'elle n'avait plus qu'à se tuer. Elles sortit de l'hôpital au bout de quelques jours dans ce même état et fut prise d'une véritable crise de folie religieuse; on ne pouvait plus l'arracher d'une chapelle voisine où elle passait tout son temps; elle fut internée à Sainte-Anne, à Villejuif, renvoyée administrativement en Belgique, son pays d'origine, et finalement elle guérit. Depuis longtemps, elle s'est re-

placée comme cuisinière et souvent elle revient à l'hôpital voir les personnes du service : elle n'accuse plus de douleurs menstruelles et ne présente pas d'apparence de dérangement cérébral. Est-il vraiment possible d'accuser de tous ces méfaits la simple introduction de deux laminaires dans l'utérus? et ne faut-il pas forcément admettre un dérangement cérébral préexistant que toute autre cause aurait pu faire éclater?

N'est-on pas vraiment amené à formuler la même conclusion pour tous ces cas? Sur plusieurs milliers d'opérations gynécologiques, je ne relève que cinq cas de troubles cérébraux nettement caractérisés et, en fin de compte, leur analyse m'amène à reconnaître que deux femmes étaient déjà folles au moment de l'intervention; qu'une troisième était atteinte d'affaiblissement cérébral sénile; qu'une quatrième fut atteinte de folie mystique deux mois après l'opération, et la cinquième, de cette même variété de folie après la simple introduction d'une laminaire. Ces deux dernières malades guérirent. Je ne puis que répéter les conclusions de mes collègues et penser que l'opération gynécologique n'a été que le prétexte à l'explosion des accidents chez des sujets prédisposés.

Il y a lieu peut-être d'invoquer aussi une tare cérébrale pour expliquer des accidents légers et passagers que j'ai observés un certain nombre de fois à la suite d'opérations, les unes graves et importantes, comme l'hystérectomie, les autres simples et bénignes, comme une colpororraphie ou une colpo-périnéorraphie. Voici ce dont il s'agit : chez des femmes saines d'esprit, en apparence tranquilles, sans crainte exagérée de leur opération, ayant subi l'hystérectomie vaginale ou abdominale, n'ayant aucune complication opératoire, dans les jours qui suivent l'opération, on remarque une véritable obnubilation des idées. Les malades ne se rendent plus compte de leur état, ne savent plus trop où elles sont, répondent mal aux questions, parlent sans raison et sont pour ainsi dire vraiment « absentes ». Cet état se prolonge huit jours, dix jours au maximum, et tout rentre dans l'ordre. Les troubles ont été superficiels et passagers; ils n'en ont pas moins existé d'une façon absolument certaine. Ces mêmes troubles sont observés chez des femmes ayant subi la colpo-périnéorraphie pour prolapsus utérin, et, dans ce cas, il s'agit uniquement de femmes déjà âgées, ayant en général dépassé la soixantaine. Il est bien entendu que je ne fais pas de confusion dans ces psychoses passagères avec les troubles du délire septique ou de l'intoxication iodoformée, dont il ne saurait être question dans ces cas.

Ces accidents, légers et fugaces, semblent représenter la forme la plus atténuée des troubles cérébraux post-opératoires; ils semblent la conséquence d'une secousse cérébrale dont les effets

se dissipent en quelques jours; ils m'ont paru uniquement liés aux interventions portant sur l'utérus, le périnée et le vagin; je ne les ai jamais observés après le curettage ni après l'ablation des annexes. Je n'ai vu qu'un cas de ce genre après l'ablation d'un kyste de l'ovaire.

Dans une autre variété plus rare, au lieu de ces troubles cérébraux précoces, éclatant dès les premiers jours qui suivent l'opération, on peut observer des troubles plus éloignés, se manifestant beaucoup plus tard. Je les ai observés deux fois, chez une malade de quarante ans ayant subi une hystérectomie abdominale supravaginale pour fibrome; et chez une autre de trente-six ans ayant été opérée d'une colpo-périnéorraphie; toutes deux, environ deux mois après l'opération, présentèrent une crise de mélancolie, se croyant perdues, pensant que leur opération avait été inutile; elles se croyaient vouées à une mort prochaine, pleuraient constamment, restaient indifférentes à toutes les choses de la vie, en même temps qu'elles subissaient un amaigrissement et une dénutrition rapides. La malade, opérée de périnéorraphie, guérit au bout de deux mois; mais l'hystérectomisée continua à délirer et est aujourd'hui atteinte d'un véritable délire de persécution. Rien ne peut, à l'avance, faire prévoir l'explosion de ces accidents et leur danger ne saurait constituer une contre-indication opératoire, que chez des sujets semblant prédisposés d'une façon manifeste.

Il n'en est pas de même de la crainte exagérée de l'opération manifestée par quelques malades; poussée à un véritable degré de terreur, cette appréhension représente déjà un véritable trouble cérébral et doit être considérée comme une contre-indication opératoire ou tout au moins comme une nécessité de surseoir à l'opération. J'ai souvenir d'un certain nombre de cas de ce genre dont l'histoire appartient à l'étude des psychoses opératoires. Une sage-femme, d'environ trente-huit à quarante ans, présente des lésions annexielles constatées par plusieurs chirurgiens et doit subir la laparotomie; après beaucoup d'hésitations, elle se résout à l'opération et tout est convenu et préparé. Après la première bouffée de chloroforme, elle est prise d'une véritable crise de terreur, arrache le mouchoir, se débat, se relève et saute à bas du lit d'opération, les traits altérés et décomposés par une terreur invincible. Je ne crus pas devoir passer outre; je battis en retraite et, chose remarquable, je sus plus tard que cette malade avait été guérie et que, peu de temps après, elle était devenue enceinte.

Une autre jeune femme de la ville était atteinte, depuis longtemps, d'une suppuration péri-utérine ouverte dans la vessie, avec phénomènes généraux graves de fièvre et d'hecticité. La malade

n'avait jamais voulu se faire examiner de peur d'être ensuite opérée. Je l'examine difficilement et il est décidé avec le mari et le médecin que la malade sera endormie sous prétexte d'un nouvel examen et opérée séance tenante. Il n'était pas question de la transporter hors de chez elle; tous les préparatifs sont faits à son insu et, au dernier moment, je pénètre dans la chambre pour commencer l'anesthésie. A ce moment, la malade bondit hors de son lit, affolée, la figure convulsée, poussant des cris de bête sauvage, et grimpe comme un chat dans ses rideaux où elle s'accroche et se pelotonne. Je n'insistai pas, je me retirai en bon ordre, mes aides et l'instrumentiste compris, et je n'entendis plus jamais parler de cette malade.

Même histoire chez une malade d'hôpital qui, au bout de quelques jours, revint à récipiscence, et fut opérée dans de meilleures dispositions d'esprit.

Poussée à ce degré, cette phobie opératoire constitue un vrai danger; la plupart des malades qui vont à l'opération avec l'idée qu'elles n'en reviendront pas, présentent une faible résistance; elles sont la proie facile des moindres complications post-opératoires et succombent en grand nombre. En dehors même de toute complication, cet état mental particulier me semble pouvoir être cause de la mort. Il y a quelques années, j'étais consulté par une jeune femme très nerveuse, bizarre, tantôt exaltée, tantôt déprimée et dont le mari était lui-même atteint de conception délirante et d'agitation maniaque. Cette femme présentait un petit kyste de l'ovaire du volume environ d'une tête de fœtus, s'accroissant rapidement et donnant lieu à de violentes douleurs exagérées sans doute par l'état particulier de la malade. L'indication était formelle, et je conseillai l'opération. Plusieurs mois se passèrent, puis la malade vint me retrouver, de plus en plus nerveuse, agitée, ne dormant plus, terrorisée par l'idée de son opération, et cependant décidée à la subir. Elle entre dans une maison de santé où je la laisse quelque temps en contact avec d'autres opérées; elle reste toujours inquiète, prévoit tout pour ses derniers moments, demande qu'on lui brûle les pieds et qu'on lui pique le cœur avant de l'enterrer.

Je laisse passer quelques jours et je prépare l'opération sans fixer de date précise. Au jour décidé, je pénètre dans sa chambre, et à mon entrée je vois se dessiner sur les traits de la malade une expression effrayante d'angoisse et de terreur; néanmoins, elle se laisse endormir sans résistance et l'opération se fait avec une simplicité extrême. A peine reportée dans sa chambre, la malade est dans un état d'angoisse inquiétant: son pouls est presque incomptable, à 160-170; la respiration est courte et haletante;

dans les heures qui suivent, en dépit de tous les moyens, tous ces symptômes d'asthénie cardiaque s'exagèrent et la malade meurt le lendemain soir. Sa mort ne peut être attribuée à aucune complication septique et semble bien due à un véritable état de sidération nerveuse. En pareil cas, je n'ai jamais tenu pour quantité négligeable cette phobie opératoire et je la considère comme une véritable contre-indication, surtout s'il ne s'agit pas d'une opération d'urgence. De même, une tare cérébrale bien et dûment constatée doit arrêter la main si l'intervention ne s'impose pas comme l'unique moyen de sauver la vie; j'ai dans ces circonstances, plusieurs fois refusé d'opérer des malades atteintes de cancer ou de fibrome utérin et présentant un état cérébral suspect.

Cette discussion, si riche de faits et d'observations, nous laissera cette conclusion pratique, qu'il y a lieu de pratiquer, avant les opérations, un examen méthodique de nos malades au point de vue psychique, comme nous le faisons pour les autres organes et les grandes fonctions. Souvent sans doute nous ne découvrirons rien qui puisse nous éclairer; quelquefois au moins nous pourrons prévoir et peut-être éviter un danger.

En tout cas, nous ne pouvons méconnaître qu'il peut y avoir chez nos malades, avant ou après l'intervention, un « état d'âme » dont nous ne sommes ni coupables ni responsables, mais dont nous devons tenir compte pour le plus grand bien de nos opérées et pour le bon renom de la chirurgie.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Rapport.

Sur une observation de gastrostomie communiquée par M. Loison, médecin-major de l'armée.

Rapport de M. RICARD.

Sur un capitaine de quarante-sept ans, atteint d'épithélioma de l'œsophage et dont la déglutition était de plus en plus difficile, M. Loison fut amené à pratiquer une bouche stomacale. Préoccupé, à juste titre, d'avoir un orifice bien étanche, par lequel le suc gastrique ne viendrait pas s'écouler et ronger les bords cutanés de la plaie, notre confrère choisit le procédé valvulaire imaginé par Fontan de Toulon, et au sujet duquel j'ai déjà fait une présentation à cette tribune.

Le résultat fut ce qu'il a toujours été dans les cas où le procédé valvulaire fut employé. Tant que le malade vécut, la fistule gastrique se montra parfaite, contint le suc gastrique et se laissa facilement cathétériser pour les repas; elle toléra même, lorsqu'il en fut besoin, une sonde à demeure.

L'opéré succomba brusquement, quelques mois après l'intervention, à la suite de l'ulcération d'un des gros vaisseaux du hile pulmonaire gauche.

L'intérêt de cette observation réside tout entier et uniquement dans le choix du procédé opératoire employé par notre confrère.

Quels sont les procédés entre lesquels le choix pouvait s'exercer?

Il n'est plus guère question aujourd'hui de la gastrostomie faite en un temps ou en deux temps, par une simple ponction de la paroi de l'estomac fixée aux deux lèvres de l'incision cutanée. C'est ce procédé primitif qui souvent laissait écouler au dehors le suc gastrique, écoulement qui amenait ces inflammations larges et ulcéreuses de la paroi, par auto-digestion due au suc gastrique épanché.

M. Berger d'abord, puis MM. Terrier et Delagénière ont perfectionné cette gastrostomie par simple ponction, en ourlant la muqueuse de l'estomac incisé, aux bords cutanés de l'incision de la paroi. Sans doute dans nombre de cas, le résultat fut favorable et la fistule créée retint le suc gastrique ; mais, dans d'autres circonstances, l'issue du liquide stomacal ne put être empêchée et l'on eut à déplorer l'auto-digestion des bords de la plaie. Il est bon de dire que M. Terrier insiste, pour obtenir une occlusion fonctionnelle de la fistule, sur la nécessité de faire une très petite incision à la paroi stomacale et de ne jamais laisser séjourner de corps étranger dans cette ouverture.

Les quelques insuccès qu'on eut encore à enregistrer furent l'occasion de nouvelles recherches. Tout d'abord on essaya de substituer à cette bouche qui n'avait comme épaisseur que la paroi propre de l'estomac, une sorte de canal, aux parois épaisses. En d'autres termes, on tenta de créer un véritable trajet, allant de la peau à l'estomac.

M. Poncet, de Lyon, préconisa un procédé en deux temps qui consistait à fixer, dans un premier temps, l'estomac à la face profonde de la paroi abdominale, qu'on renferme immédiatement au-devant de l'estomac suturé. Une fois la réunion obtenue et la paroi reconstituée, dans un deuxième temps, on ponctionne au milieu de la cicatrice, et l'on perfore d'un seul coup les parois abdominale et stomacale. Une sonde à demeure est substituée au trocart et sert à modeler ce nouveau trajet.

Ce procédé, quelque peu aveugle, dans son deuxième temps, n'a

pas dû donner les résultats qu'en attendait son auteur, car je ne sache pas qu'il ait été adopté, et répété par d'autres chirurgiens.

Le professeur Witzel chercha à créer ce trajet aux dépens de la paroi stomacale elle-même. Il procédait de la façon suivante : l'estomac découvert, une ponction perforait la paroi au point choisi. Par l'orifice créé, on introduisait une sonde, qui relevée sur la paroi de l'estomac, était ensuite, enfouie, en quelque sorte, par des sutures, ramenant et fixant au-devant d'elle deux plis parallèles faits à la surface de l'estomac. C'était cet estomac ainsi armé d'une sonde qu'on fixait à la paroi abdominale, dont l'incision était ensuite refermée, sauf en l'endroit nécessaire au passage de la sonde.

Je ne m'étendrai pas sur les procédés de MM. Szabanejeff, Frank, Villar, Hartmann, qui cherchèrent à créer un trajet en attirant l'estomac obliquement à travers les parois de l'abdomen. Une sorte de sphinctérisation était même obtenue, grâce au passage de la paroi stomacale à travers une boutonnière du grand droit de l'abdomen. Notre collègue Hartmann nous a présenté un de ses malades, ainsi opéré, et nous avons pu constater l'excellent fonctionnement de sa fistule.

Une autre catégorie de procédés cherche non plus à créer un trajet mais à constituer un orifice valvulaire, se fermant automatiquement, laissant pénétrer les liquides dans l'estomac, mais s'opposant à leur sortie une fois qu'ils sont introduits.

Le Dr Pénières, de Toulouse, est le premier qui ait tenté de créer une valvule. Mais ses recherches sont restées limitées à des expériences de laboratoire ; il opérait en deux temps : dans un premier temps, il faisait hernier un pli de l'estomac entre les lèvres de l'incision de l'abdomen, et en fixait les contours aux contours de l'incision, puis il laissait bourgeonner.

Dans les quelques jours qui suivaient, la surface stomacale herniée bourgeonneait, devenait plane en se rétractant ; les deux bords de l'incision abdominale se rapprochaient. Or, la muqueuse, lâchement unie à la musculeuse, comme on le sait, ne suivait pas ce mouvement de retrait, mais se décollait, devenait trop grande pour recouvrir la portion d'estomac qui s'était rétrécie et formait une saillie interne.

C'est ce soulèvement muqueux que le Dr Pénières perforait dans une seconde opération.

Le procédé de Fontan, basé sur cette donnée, est cependant tout autre. Voici en quoi il consiste.

Une incision de 8 centimètres étant faite parallèlement et à 2 centimètres du rebord thoracique, l'estomac étant découvert, il le saisit à l'aide d'une longue pince à dents de souris et l'attire

en dehors, de façon à avoir trop d'étoffe. Autant que possible, la pince est placée sur la face supérieure et près de la petite courbure. On a ainsi une hernie conique de l'estomac, dont le sommet est maintenu par la pince fixatrice et dont la base est aussitôt fixée aux lèvres de la plaie pariétale par une suture au crin de Florence. Cette suture en couronne réunit la séreuse viscérale au péritoine pariétal, à l'aide de douze à quinze points rapprochés d'un demi-centimètre environ.

Cela fait, sans que la pince lâche prise, on refoule en dedans le cône d'estomac ainsi attiré, et qui constitue alors un cul-de-sac en doigt de gant dont la pince occupe l'axe. Il est ainsi facile de former de chaque côté de cette pince et suivant le grand diamètre de la plaie, un pli creux au niveau duquel la séreuse viscérale s'adosse à elle-même, et qu'on fixe avec une suture séro-séreuse au catgut.

La pince est alors retirée, laissant entre les deux portions suturées un canal semblable à la cavité d'une mitre d'évêque ; la valvule est ainsi constituée. On y glisse, à la place de la pince, un bistouri aigu qui en ponctionne le fond et dans cette cheminée, on introduit à frottement une sonde rouge n° 24 de Charrière, destinée à assurer l'alimentation du malade. Pour plus de sûreté, on fixe par un point de catgut la sonde contre le bord séreux de son canal. Enfin, on rapproche les téguments autour de la sonde. et on les suture de façon à ne plus laisser paraître aucune partie cruentée.

Plus récemment, M. Forgue, de Montpellier, s'inspirant plus directement des recherches de M. Pénières, a procédé comme ce dernier, mais en ponctionnant de suite le pli hernié de l'estomac. Dans les jours qui suivent l'opération, le retrait de la paroi se fait, la muqueuse se décolle et la valvule s'établit. Quatre observations, avec un résultat parfait, viennent plaider en faveur de ce procédé.

Je n'ai pas l'expérience de la technique de M. Forgue, qui paraît aussi simple dans son exécution qu'efficace dans ses résultats, mais j'ai exécuté quatre fois déjà le procédé imaginé par M. Fontan ; il est également simple, rapide et efficace, il permet la rétention absolue des liquides gastriques. Je ne peux donc que féliciter M. Loison de l'avoir employé.

Je ferai cependant à ce procédé, tel qu'il a été exécuté par M. Fontan et répété par M. Loison, une légère modification. M. Fontan perfore l estomac après avoir réduit et invaginé le cône stomacal qu'il avait tiré. Or, cette perforation, faite profondément, sur un estomac vide et rétracté, puisqu'il s'agit de malades inanitiés, ne me paraît pas sans quelque danger pour la face

postérieure de l'estomac, aussi je préfère pratiquer cette incision avant de réduire le cône hernié. Voici comment je procède :

Je fixe le sommet du cône par deux pinces de Kocher; j'incise la séro-musculeuse, puis, décollant la muqueuse, ce qui est facile, j'incise celle-ci à quelque distance, ce qui doit favoriser la formation d'une valvule. Je fais l'orifice des plus minimes, puis j'y entre à frottement une sonde de Nélaton n° 22. C'est alors seulement que j'invagine le cône stomacal et la sonde; le repoussant à l'aide des deux pinces; je termine suivant la technique de M. Fontan.

Sur la pièce que j'ai présentée ici, comme sur celle de M. Loison, on a pu constater qu'à l'intérieur de l'estomac existait une véritable saillie, haute de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, présentant à son sommet un véritable clapet valvulaire. En outre, entre l'estomac et la paroi, il s'était créé un véritable trajet long de 2 à 3 centimètres de sorte qu'entre l'orifice stomacal et l'orifice cutané, il y avait une distance de 4 à 5 centimètres. L'anatomie pathologique vient expliquer et confirmer les résultats obtenus par la clinique.

De sorte que, si dans l'avenir j'ai à pratiquer de nouvelles gastrostomies, surtout des gastrostomies durables pour des rétrécissements cicatriciels et définitifs de l'œsophage, je m'adresserai aux procédés valvulaires à cause de leur simplicité opératoire et de leur efficacité absolue.

Je propose donc d'adresser nos remerciements à M. Loison et de l'inscrire à un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. TUFFIER. — La tolérance des estomacs varie beaucoup; il en est qui sont toujours intolérants et chassent leur suc gastrique quoi qu'on fasse et quel que soit le procédé adopté.

Le choix du procédé a surtout de l'importance en ce qui concerne la situation à donner à la bouche : il faut la placer haut; rarement on la place à la hauteur voulue parce que le rebord des fausses côtes est le réel obstacle à l'abord de l'estomac. Aussi mon collègue Ricard a-t-il eu tort de ne pas signaler le procédé de Marwedell qui consiste à créer un trajet entre la musculeuse et la muqueuse de l'estomac, ce qui permet de pratiquer la bouche stomacale, aussi près du cardia que possible; il dédouble de plus, l'estomac, et entre la muqueuse et la musculeuse fait passer la sonde, obtenant de la sorte une espèce de valvule. Son seul inconvénient c'est de ne pas border la muqueuse à l'orifice cutané, d'où des éruptions dues au suc gastrique, ou une rétraction du trajet.

J'ai eu un malade auquel cela est arrivé, il a fallu le dilater, lui laisser par moments la sonde à demeure. Somme toute, pour réussir il faut : un estomac tolérant et une bouche stomacale située le plus haut possible.

Quant aux procédés, j'ajouterai qu'il faut être éclectique et que les procédés complexes, par exemple, ne conviennent pas aux malades affaiblis, souvent moribonds, que nous opérons souvent même sans anesthésie.

Quant aux procédés en plusieurs temps, je les laisse de côté. Ils ne valent rien, ni là ni ailleurs. On ne peut plus retrouver l'estomac fixé et on risque d'ouvrir la séreuse.

M. Routier. — Je proteste fortement contre les assertions que vient de formuler M. Ricard, contre ce qu'il a appelé la gastrostomie ancienne. J'ai déjà dit ici que la gastrostomie simple pouvait être continente, et montré des malades pour prouver mes dires.

La faute est, je crois, d'ourler la muqueuse gastrique à la peau.

Il faut laisser entre l'orifice stomacal et l'orifice cutané précisément la petite épaisseur de la paroi abdominale, à ce niveau, et si on ne laisse pas de corps étrangers, si on passe simplement une sonde au moment des repas, il n'y a pas d'écoulement de suc gastrique.

J'ai vu avec Terrillon un des malades qui, précisément, avait attiré un des premiers l'attention des chirurgiens par la digestion de ses parois, mais c'était justement un malade qui avait subi la suture de la muqueuse à la peau.

J'estime que la gastrostomie est dans la plupart des cas, une opération d'urgence qu'il faut mener vite, quelquefois sans anesthésie, car on nous confie les malades bien souvent trop tard.

J'ai déjà dit ce que je fais.

L'incision parallèle au bord costal, distante de ce rebord de trois travers de doigt.

L'estomac est alors happé, et attiré à la plaie.

Il est fixé à plat contre cette paroi abdominale par quatre points de crins de Florence dont deux passent et sortent parallèlement à la plaie cutanée, dont deux servent à rétrécir cette plaie en prenant l'estomac.

Celui-ci est ponctionné au bistouri et on passe une sonde 18; celle-ci est laissée les 5 ou 6 premiers jours, puis retirée, et passée seulement pour faire manger le malade.

Le huitième jour, j'enlève les crins, et il reste un tout petit orifice qui souvent se rétracte assez pour nécessiter la dilatation.

Jamais je n'ai eu d'incontinence de suc gastrique.

M. Lucas-Championnière. — Je trouve que M. Ricard, dans son historique, a fait voir sous un jour bien sombre les gastrostomies opérées par les vieilles méthodes : elles ne donnaient pas de si mauvais résultats. Quant aux opérations en deux temps, je les repousse ainsi que l'usage de la sonde à demeure qui favorise la fistule.

Pour ce qui est des procédés qu'on désigne sous le nom de procédé de Terrier ou de Delagenière, je crois que voilà longtemps que nous les avons tous pratiqués. Ce qui est important surtout, c'est de suturer la muqueuse à la peau et de faire un orifice qui ne soit pas trop grand sans cependant tomber dans le défaut de le faire trop petit.

J'ai gastrostomisé ainsi avec succès 3 cancéreux, et devant ces résultats je me demande si les opérations valvulaires que je ne repousse pas absolument, m'auraient donné mieux.

M. Schwartz. — J'appuie ce qui vient d'être dit contre l'opération en deux temps, je dois dire que je l'ai abandonnée. Voilà quatre ou cinq ans, je l'avais pratiquée plusieurs fois avec succès lorsque m'arriva l'accident que voici: arrivé au sixième jour après la gastropexie et voulant ouvrir l'estomac, j'ouvris l'arrière-cavité des épiploons et pendant vingt-quatre heures y injectai des aliments.

Je suis d'ailleurs d'avis qu'il faut autant que possible simplifier. Comme M. Routier, je n'ourle pas la muqueuse et je fais un petite incision dès que l'estomac est fixé.

J'ai opéré ainsi un cancéreux qui a survécu quatorze mois, sans aucun issue de suc gastrique, cependant il m'a fallu dilater le trajet avec la sonde. J'ai opéré aussi un enfant avec un procédé aussi simple, et le résultat fut également parfait.

Pourquoi alors tant compliquer une opération qui, pratiquée simplement, réussit bien?

M. Guinard. — Voilà trois ans qu'avec M. Peyrot nous faisons des opérations valvulaires avec un excellent résultat; cependant les vieilles méthodes ont aussi du bon.

M. Monod. — Je rappelle que la malade que j'ai opérée, voilà quatre ans, va très bien, je l'ai opérée en un temps; quant à l'opération en deux temps, je l'ai abandonnée à la suite d'un accident analogue à celui de M. Schwartz.

M. Chaput. — C'est avec un couteau à cataracte que je conseille de pratiquer l'orifice à la paroi; il est ainsi très étroit.

M. Ricard. — Je répondrai d'une façon générale que les procédés en deux temps doivent être abandonnés. Si je me suis appesanti sur le procédé valvulaire, c'est qu'il est très simple et guère plus long à exécuter qu'une gastrostomie ordinaire. Il faut placer la bouche très haut. Quant à la continence des estomacs pour le suc gastrique à la suite d'unesimple gastrostomie, c'est un résultat heureux, mais on doit craindre l'incontinence. En résumé, je crois le procédé de Fontan simple et très bon.

Lecture.

Fibrome de l'utérus sphacélé. Septicémie consécutive. Mort,

Par M. le Dr H. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand), membre correspondant.

Messieurs, pendant que la Société de Chirurgie s'occupait de la question des accidents septicémiques consécutifs au sphacèle des fibromes utérins, j'avais sous les yeux un cas de cette nature, qui me semble spécialement intéressant par la malignité des accidents observés. Voici le fait :

La nommée F..., quarante-cinq ans, se présente à ma consultation dans le courant de mars. C'est une montagnarde vigoureuse, en apparence au moins, et déjà légèrement obèse. Elle nous raconte qu'elle a eu deux enfants, et s'est toujours assez bien portée. Il y a deux ans, son ventre a commencé à grossir, puis sont survenues un an après des hémorrhagies qui ont persisté pendant cinq mois environ. Après ce temps tout est rentré dans l'ordre. Au moment où nous voyons la malade, l'état général est à peu près satisfaisant, mais elle se plaint de douleurs sourdes et continues dans le bas-ventre et les reins.

A l'examen, nous constatons : 1° un utérus du volume d'une tête de fœtus, et bourré de fibromes ; 2° une masse mobile dans le côté droit de l'abdomen.

Nous faisons entrer la malade à la maison de santé de l'Hôtel-Dieu, et l'examinons avec notre suppléant M. le Dr Bide. D'un commun accord, nous décidons d'ouvrir l'abdomen, d'enlever la tumeur pédiculée et l'utérus, si les difficultés ne sont pas trop grandes.

Le 28 mars, la malade endormie avec le chloroforme, nous ouvrons l'abdomen et trouvons du côté droit, une masse du volume d'un orange et pédiculée, c'est l'ovaire sarcomateux. Le

pédicule est enserré dans un fil de catgut et réséqué. Nous examinons l'utérus : il est du volume d'une tête de fœtus, très enfoncé sous la symphyse ; les parois abdominales étant fort épaisses, son ablation nous semble devoir être laborieuse. La malade supporte mal le chloroforme, et comme l'opération menace d'être laborieuse, nous préférons refermer l'abdomen et remettre à plus tard l'ablation de l'utérus, qui sera facile par la voie vaginale.

Le soir même, la malade est prise de douleurs lombaires et abdominales excessivement vives, absolument comme si elle allait accoucher. La morphine seule calme ses souffrances. Trois jours après, la température monte à 38 degrés le soir, et le 2 avril au matin, nous trouvons entre les lèvres du col, une masse grisâtre comme macérée et filamenteuse. Le col est largement ouvert, et le doigt introduit dans l'utérus sent une masse qu'il est possible de circonscrire ; des lèvres entr'ouvertes s'écoule un liquide ichoreux d'une odeur infecte. Il s'agit évidemment d'une masse sphacélée qu'il faut enlever au plus vite. Cette ablation est pratiquée séance tenante, et bientôt nous amenons une masse du volume du poing, de couleur grisâtre, d'une odeur infecte ; on dirait une pièce de macération. Cette tumeur représente un fibrome sphacélé et ce n'est là qu'un début, car avec l'index promené dans la cavité utérine, nous sentons plusieurs noyaux du volume d'une noix qui occupent la paroi postérieure et semblent vouloir s'énucléer. Nous enlevons à la curette tout ce qui peut être enlevé, puis faisons passer un courant d'une solution de sublimé au 1 p. 1000, et badigeonnons toute la cavité avec la glycérine créosotée. La cavité est ensuite tamponnée avec un drain enveloppé de gaze iodoformée, et la malade prend chaque jour 1 gramme de quinine en deux cachets.

Dès le soir, la température descend à 37, 6, mais le lendemain 4 avril au soir, le thermomètre accuse 39 degrés. L'état général est très mauvais, la soif vive, la respiration haletante.

Le 5 au matin, la température a baissé de 2 degrés, nous trouvons à peine 37 degrés, la malade se plaint d'une douleur violente dans le côté droit de l'abdomen, où l'on sent une bande dure constituée par le ligament large enflammé. Nous nettoyons à nouveau la cavité utérine, enlevons quelques fragments de fibrome sphacélé et aseptisons de nouveau l'utérus. Malgré cela, la courbe se relève, et le 7 au matin, le thermomètre se fixe à 39 degrés. Il n'y a pas à songer à une intervention radicale, nous continuons les lavages, mais malgré ce que nous pouvons faire la malade meurt le 11 avril. Bien entendu, la plaie abdominale n'a jamais donné lieu à la moindre remarque, et la réunion s'en est faite par première intention sans aucun accident.

Nous ne saurions admettre que l'ablation de la tumeur fibro-sarcomateuse de l'ovaire ait été la cause déterminante du sphacèle du fibrome. Du reste, les douleurs d'élimination spontanée ont commencé le soir même, ce qui nous prouve que le fibrome était déjà sphacélé antérieurement. Quant à la cause du sphacèle, elle nous échappe entièrement, mais il s'agit évidemment là d'une septicémie à forme aiguë, ce que nous démontre la rapidité avec laquelle la mort est survenue malgré les soins que nous avons mis à combattre les accidents septiques.

Présentation de malades.

M. TUFFIER présente un malade auquel il a fait une résection du pylore. Il a fait la gastro-entérostomie postérieure, puis la pylorectomie.

Le procédé spécial mis en usage consiste en ce que la gastro-entérostomie postérieure est modifiée de la façon suivante :

Le mésocôlon est suturé très exactement et très fortement, à l'estomac hernié, à travers la boutonnière. On a ainsi une fusion intime entre le mésocôlon et l'estomac. La suture de l'estomac et de l'intestin est ainsi complètement isolée et quand on pratique, dans un second temps, l'ablation du pylore, on n'exerce aucune traction sur la suture de l'estomac et de l'intestin et tout l'effort se porte sur le mésocôlon.

Ce procédé a le grand avantage de permettre de faire la gastro-entérostomie avant l'ablation du pylore, c'est-à-dire dans des conditions aseptiques parfaites.

La suture gastro-mésocolique joue le rôle d'un véritable *cran d'arrêt* pendant les tractions sur le pylore.

M. LOISON présente un malade sur lequel on a pratiqué la suture pour fracture bilatérale du maxillaire inférieur.

Présentation de pièces.

M. SCHWARTZ. — J'ai l'honneur de vous présenter deux radiographies de lésions de la hanche faites par le D[r] Poupinel et qui

nous montrent les précieux enseignements que nous donne ce mode d'exploration chez les enfants à tissus peu épais.

La première concerne un enfant de cinq ans atteint d'une luxation de la hanche, diagnostiquée congénitale par les uns, pathologique par les autres; il y avait eu chez lui un petit abcès qui s'était refermé spontanément. Le diagnostic de luxation pathologique consécutive à une affection destructive de la hanche (bacillose très probablement) est confirmé par l'épreuve que voici. La tête fémorale est complétement détruite, et l'extrémité supérieure du fémur constituée par le grand trochanter est luxée dans la fosse iliaque. On voit la cicatrice du trajet fistuleux qui drainait la cavité pathologique en dehors.

La seconde a trait à un enfant de cinq ans aussi, atteint de luxation congénitale. Peut-être peut-on songer chez lui à une luxation obstétricale (accouchement difficile mode des fesses).

Quoi qu'il en soit, la tête et la cavité cotyloïde sont conformées sur un type presque normal et il y a tout lieu d'espérer que la réduction s'effectuera facilement.

Myxo-lipome diffus du mésentère et des mésocôlons.

M. Lejars. — Les pièces que j'ai l'honneur de vous présenter proviennent d'une malade atteinte de myxo-lipôme diffus du mésentère et des mésocôlons : elles ne représentent qu'une partie de l'énorme masse qui remplissait et distendait le ventre.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, qui me fut adressée, à l'hôpital Beaujon, par mon confrère et ami le Dr Aubert, dans les premiers jours d'avril. Et voici les renseignements détaillés que M. Aubert a bien voulu me donner.

Les antécédents ne présentent rien de notable, à part une affection nerveuse, de nature d'ailleurs mal définie, dont la malade aurait souffert à l'âge de vingt et un ans, et pour laquelle elle fut soignée deux mois dans un hôpital. Mariée à vingt-cinq ans, elle a eu quatre grossesses, dont trois se sont terminées par un accouchement à terme et la dernière par une fausse couche. Au cours de l'un des accouchements, en mai 1880, survint une large déchirure du périnée : peu à peu les accidents locaux s'aggravèrent, et, seize ans plus tard, en 1896, la malade se décida enfin à se faire opérer. On lui fit une périnéorraphie, dans l'un des services de chirurgie de l'hôpital Necker.

On s'aperçut, à ce moment, de l'existence d'une tumeur dans le flanc gauche; on porta, paraît-il, le diagnostic de fibrome et

l'on proposa une intervention, qui ne fut pas acceptée. Quoi qu'il en soit, le ventre continua dès lors à grossir, sans douleur et même sans gêne bien marquée.

En décembre 1897, M. le Dr Aubert fut appelé à voir la malade pour la première fois; le ventre avait acquis un volume considérable, et, dans le flanc gauche, une tumeur de contours assez nets donnait une sensation de flot très manifeste; les deux membres inférieurs étaient fortement œdématiés; au cœur, on trouvait un souffle d'insuffisance mitrale. Après un traitement, dont le repos, le régime lacté et la digitale constituèrent les principaux éléments, l'œdème disparut; mais le ventre continuait toujours à grossir, et, bien que l'appétit fût conservé et que la malade pût encore aller et venir sans trop de fatigue, elle ressentait de temps en temps des accès d'oppression très intenses.

Vers le milieu de janvier 1898, la situation devint alarmante ; la dyspnée était de plus en plus pressante, les forces se perdaient rapidement, l'amaigrissement s'accusait. Le 20 mars, dans le but de remédier à l'oppression croissante, M. Aubert pratiqua une ponction avec un gros trocart, à gauche, au milieu d'une ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure : il plongea son trocart d'environ 5 centimètres, et, à son grand étonnement, il ne retira que quelques gouttelettes de sang. Au bout de quatre ou cinq jours, il renouvela ses tentatives avec une seringue de Pravaz munie d'une longue aiguille : il pratiqua de la sorte, en divers points de la tumeur, cinq ponctions exploratrices sans le moindre résultat. Ce fut alors qu'il envoya la malade à l'hôpital Beaujon, le 2 avril dernier.

L'aspect de cette pauvre femme dénotait tout de suite une cachexie déjà avancée : la maigreur squelettique de sa face, de sa poitrine, de ses membres supérieurs contrastait avec le volume monstrueux de son ventre et le gonflement œdémateux de ses membres inférieurs.

De fait, l'abdomen figurait un relief arrondi, pointant en avant, et qui l'occupait dans toute sa hauteur : quelques veines variqueuses se dessinaient dans la région sous-ombilicale. On sentait, au palper, une masse compacte, tendue, qui semblait remplir toute la cavité abdominale, et qu'il était impossible, par suite de cette tension même, de délimiter plus nettement. Cette masse était entièrement mate, et, de plus, la matité ne se modifiait nullement dans le décubitus latéral : on obtenait sans peine une sorte de fluctuation, qui semblait manifeste, tout aussi manifeste, au moins, qu'on la trouve d'ordinaire dans les tumeurs kystiques de grand volume et de tension extrême. Naturellement, on ne pouvait songer à apprécier la mobilité. Par le toucher vaginal, on retrou-

vait, dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur arrondie, de même consistance que la masse abdominale, et qui semblait en figurer le pôle inférieur; quant à l'utérus, basculé en avant et à gauche, et relativement petit, il en était nettement indépendant.

Malgré le résultat négatif des ponctions antérieurement faites, l'hypothèse qui nous parut la plus plausible fut celle de tumeur kystique de l'ovaire; le mélange de parties solides était de nature à expliquer l'échec du trocart, et, quelle que fût la nature exacte de la tumeur, il y avait indication vitale, en présence des accidents de compression, à faire au moins une tentative pour l'enlever, la vider ou la réduire. Du reste, après quelques jours de repos, l'état général s'était un peu amélioré, et la malade semblait encore suffisamment résistante pour supporter une intervention qui, dans l'hypothèse d'un gros kyste de l'ovaire, se présentait, en somme, comme relativement simple.

L'opération eut lieu sous l'éther, le 7 avril. Une fois le ventre ouvert dans la région sous-ombilicale, et sans qu'il s'écoulât la moindre quantité de liquide ascitique, je vis proéminer, du côté gauche, une masse, d'un jaune rougeâtre, languettiforme à son extrémité, et tout à fait comparable à un lobe pulmonaire œdémateux : cette masse se prolongeait dans l'épaisseur du mésocôlon descendant et, au-dessus d'elle, on apercevait l'extrémité inférieure de la rate, grosse et abaissée. Plus haut et sur la ligne médiane, une autre tumeur, jaunâtre, sphéroïde, soulevait le feuillet gauche du mésocôlon ascendant et refoulait le côlon ascendant à droite, l'intestin grêle, en bas : elle semblait se prolonger, elle aussi, dans la profondeur, sur une zone fort étendue. L'estomac et l'intestin semblaient refoulés en masse en avant.

J'incisai l'enveloppe péritonéale de la masse inférieure, et je tombai au milieu d'un tissu jaunâtre, lobulé, manifestement lipomateux : je compris alors que j'avais affaire à cette curieuse affection, que je ne connaissais encore que par mes lectures, et qu'on a décrite sous le nom de lipomes diffus du mésentère. La masse graisseuse fut décortiquée et extraite, par gros fragments, de l'épaisseur du mésocôlon iliaque : elle se prolongeait très bas dans l'excavation, derrière et sur les côtés du rectum, derrière l'utérus; les doigts ramenèrent de ce diverticule pelvien toute une série d'épais lobules. Les bords de l'ouverture mésocolique furent alors repérés avec des pinces, pour faciliter la réunion et le drainage qui devaient terminer l'opération, et je m'attaquai à la tumeur médiane supérieure.

Le feuillet gauche du mésocôlon ascendant fut donc incisé à son tour, et, sans peine, j'énucléai une masse grosse comme une tête de fœtus, compacte, et qui paraissait bien isolée; puis je com-

mençai à libérer la partie profonde du lipome ; mais je ne tardai pas à reconnaître qu'elle se poursuivait dans l'arrière-cavité, vers la rate, autour de l'aorte, jusqu'à des limites inaccessibles, et je dus me borner à en exciser par morcellement tout ce qu'il me fut possible d'atteindre; au cours de cette décortication, une veine volumineuse fut ouverte, à gauche, près de la rate, et il s'ensuivit une hémorrhagie assez abondante, qui fut arrêtée par la forcipressure, à l'aide des pinces longuettes : la ligature fut impraticable à cette profondeur et je laissai six pinces à demeure. L'incision mésocolique fut alors suturée, sauf au niveau des pinces, et une lamelle iodoformée laissée autour d'elles. Le mésocôlon descendant fut, lui aussi, réuni et drainé par une lamelle. Réunion de la paroi abdominale.

Notre malade supporta beaucoup mieux que nous ne l'aurions pensé cette intervention, et les premiers jours se passèrent, en somme, sans incident notable. Les pinces furent retirées le troisième jour, sans qu'il se produisît aucun suintement sanguin. Il n'y avait pas eu de vomissements, pas de douleurs; les garde-robes avaient lieu sans trop de peine; la malade prenait du lait en quantité relativement abondante et le supportait bien. Cet état relativement satisfaisant dura huit jours, et, bien que notre opération partielle et la diffusion de la tumeur ne fussent pas de nature à faire naître beaucoup d'illusions, nous espérions presque que cette pauvre femme survivrait quelque temps; mais le mieux apparent cessa brusquement, elle s'affaiblit de plus en plus, et finit par succomber le 18 avril.

Il n'a pas été possible de faire l'autopsie, mais l'examen fait au cours de l'opération nous avait bien montré que si la tumeur se présentait en masses plus volumineuses et plus distinctes en certains points, elle occupait, sous forme d'une nappe épaisse, tout l'espace rétro-péritonéal, doublait et distendait tous les replis du péritoine, le mésentère comme les mésocôlons, et s'infiltrait autour de tous les organes.

C'était, comme l'a démontré l'examen histologique, du myxolipome. Au milieu des lobules graisseux qui formaient la masse principale, on constatait l'existence de segments presque entièrement myxomateux. Voici, d'ailleurs, la note que M. le Dr Bensaude a bien voulu nous remettre :

L'examen histologique a porté sur trois pièces prises au centre de trois tumeurs différentes. Fixation au sublimé acétique, durcissement à l'alcool, inclusion à la paraffine, coloration à l'éosine et à l'hématoxyline.

Pièce n° 1 (provenant d'une petite tumeur, du volume d'une manda-

rine, franchement gélatiniforme, tremblotante). A un faible grossissement (Leitz, ocul. 2, obj. 2), on voit, sur des coupes de cette pièce, des noyaux fortement colorés par l'hématoxyline, irrégulièrement distribués, mais assez distants les uns des autres, sur un fond coloré en rose par l'éosine et formé par un réseau de fibrilles fines et enchevêtrées. A un fort grossissement (ocul. 2, obj. 5), les noyaux se montrent entourés par un corps cellulaire, tantôt rond, tantôt fusiforme, plus rarement étoilé à la façon des grandes cellules des cornes antérieures de la moelle. Le corps cellulaire est souvent mal délimité. On voit quelques cellules contenant deux noyaux de volume inégal.

Le tissu intercellulaire est formé de fibrilles isolées ou accollées les unes aux autres, enroulées en spirales et enchevêtrées.

Pièces nos 2 et 3 (provenant de tumeurs plus volumineuses que la première et de consistance plus dure). Les coupes offrent par places une structure identique à celle de la pièce n° 1. Dans la plus grande partie de leur étendue, cependant, on voit des vaisseaux entourés d'une stratification embryonnaire assez marquée : la lumière de ces vaisseaux est vide ou contient des globules de sang. Par places, il existe de petites hémorrhagies intercellulaires et des cellules graisseuses, isolées ou réunies en grappes ou en traînées.

L'examen du sang, fait deux jours avant la mort par M. le Dr Bensaude, avait donné les résultats suivants :

Les hématies sont irrégulières, inégales et irrégulièrement colorées; il existe de nombreux globules en raquette.

Les hématoblastes sont visiblement augmentés de nombre.

Les globules blancs paraissent, au contraire, plus rares. Il n'y a pas de leucocytose néoplasique.

En somme, il s'agissait d'un *myxo-lipome diffus sous-péritonéal*, et j'ai tenu à rapporter avec quelques détails l'examen de la tumeur, car ce sont là des faits relativement rares. Terrillon, dans un mémoire lu ici en 1886, en a donné une étude intéressante, à laquelle il a été bien peu ajouté depuis. Le diagnostic n'a jamais été fait, et pourtant l'échec répété de la ponction, la présence d'une grosse tumeur pseudo-fluctuante, seraient de nature à éveiller la méfiance, mais on pense plutôt aux tumeurs colloïdes, aux tumeurs solides dégénérées, qu'à la lipomatose diffuse, éventualité rare et pour laquelle nous manquons d'éléments précis de diagnostic. Quant à l'intervention, elle s'est toujours présentée comme grave et de bénéfice fort discutable : sur huit cas réunis par Terrillon, on ne compte que deux guérisons opératoires, et l'on ne sait rien du sort ultérieur des malades, De fait, il y a une différence capitale à établir entre les lipomes ou myxo-lipomes *circonscrits* sous-péritonéaux, siégeant dans le mésentère ou les mésocôlons, de volume parfois considérable, mais de limitation nette et formant tumeur isolée, et cette *myxo-*

lipomatose diffuse, qui aboutit à une cachexie véritable, et sur laquelle les essais d'intervention, fatalement condamnés à être incomplets, n'exercent, au prix de dangers immédiats fort sérieux, qu'une influence douteuse et peut-être nocive.

Fibro-myome de la paroi recto-vaginale.

M. Potherat. — La pièce que je vous présente provient de la cloison recto-vaginale d'une femme de quarante-quatre ans, entrée dans mon service le 24 janvier dernier.

Cette femme, de bon aspect, campagnarde, se plaignait de douleurs abdominales paraissant plus particulièrement localisées vers la fosse iliaque droite. — Ces douleurs avaient, à deux ou trois reprises, subi des poussées subites, aiguës, violentes, qui pouvaient être rapportées à des attaques d'appendicite à répétition. — Pourtant des examens répétés ne me permirent pas de trouver le moindre indice m'engageant à intervenir chirurgicalement de ce côté. — L'exploration de la sphère génitale fut également négative, mais à ma surprise, et à celle de la malade, cette exploration me permit de rencontrer sur la paroi recto-vaginale, près du cul-de-sac postérieur, un peu latéralisée à gauche, une tumeur du volume d'une grosse noix, allongée, à grand axe vertical; arrondie dans son ensemble, mais irrégulière à sa surface, et surmontée d'une autre petite tumeur de même aspect, celle-ci grosse comme une noisette, située à la partie supérieure et au contact de la grosse tumeur.

De consistance homogène, dure, fibreuse, cette tumeur faisait saillie à la fois vers le vagin, et vers l'ampoule rectale, un peu plus fortement peut-être vers le vagin.

Aucun trouble fonctionnel n'accompagnait cette tumeur. La défécation n'en était pas troublée; seul le boudin fécal était habituellement rayé sur sa face antérieure.

Cette tumeur étant très nettement limitée de toutes parts, les muqueuses vaginale et rectale glissant facilement à sa surface, je pensai qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne pouvant être enlevée par énucléation.

Effectivement, mon index gauche étant introduit dans le rectum et soulevant fortement la tumeur vers le vagin, je fis du côté de celui-ci une incision verticale sur le grand axe de la tumeur. La muqueuse vaginale incisée, je pus aisément énucléer la tumeur en totalité, et je constatai alors que la muqueuse rectale était restée

intacte. Je fis la suture de la muqueuse vaginale; la réunion fut simple, complète, rapide.

La tumeur enlevée était bosselée, dure, d'aspect fibreux, criant a la section sous le bistouri, présentant enfin un aspect blanc mat sur la coupe.

Mon ami, M. le Dr Meslay, voulut bien se charger de l'examen histologique et m'a fourni la note suivante : « J'ai pris un morceau en plein milieu, et j'ai fait une grande coupe allant d'un bout à l'autre de la tumeur. Cette coupe présente partout le même aspect. Inclusion à la celloïdine ; coloration à l'hématoxyline-éosine et au picrocarmin de Orth. Il s'agit d'un fibro-myome constitué presque uniquement par des fibres musculaires lisses, coupées dans les deux sens, longitudinal et parallèle : il existe, en outre, quelques travées de tissu fibreux, intercalées, avec des vaisseaux adultes. C'est, en somme, absolument l'aspect d'un fibro-myome utérin ».

Assurément, ce résultat histologique ne peut pas être interprété autrement que dans le sens d'un fibro-myome. C'est ce qui fait l'intérêt de cette pièce; en effet, on a, je crois, observé deux à trois fois des fibro-myomes de la paroi antérieure du vagin ; je ne sache pas qu'on en ait observé à la paroi postérieure. Cette pièce est, je pense, à rapprocher des cas, peu nombreux encore, où l'on a observé des fibro-myomes des parois intestinales. Elle confirme cette notion, que beaucoup plus fréquents dans le parenchyme utérin, les fibro-myomes peuvent être rencontrés partout où il y a du tissu musculaire lisse.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 4 MAI 1898

Présidence de M. Berger

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Picqué s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. le ministre de l'Instruction publique annonçant l'envoi d'une somme de 500 francs en échange de vingt exemplaires du Bulletin.

Lectures.

M. Motais d'Angers. — *Nouveau traitement de la blépharoptose.*
Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Delens.

M. Delie d'Ypres. — *Polype fibreux du naso-pharynx extrait par un procédé simple.*
Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Delens, Gérard-Marchant, Poirier rapporteur.

Rapport.

Urohématonéphrose droite.
Ponction. Néphrotomie transpéritonéale Néphrectomie lombaire. Guérison, par M. Loison.

Rapport de M. TUFFIER.

M. Loison, notre collègue très distingué de l'armée, nous a adressé une intéressante observation d'*hydronéphrose congénitale*, à propos de laquelle vous m'avez demandé un rapport. Vous savez de combien d'inconnues est encore entourée l'histoire de ces rétentions rénales, et quelle nécessité s'impose de dissocier les différentes espèces de rétentions aseptiques de l'urine dans le rein. C'est ce qui me fait vous parler de l'*urohématonéphrose*, terme applicable à l'observation de notre collègue.

Il s'agit d'un soldat de vingt-deux ans, qui fut admis le 7 mars 1897 au Val-de-Grâce, pour des accidents de bronchite et chez lequel on trouva par hasard dans le flanc droit une volumineuse tumeur rénale. Deux faits étaient intéressants dans son histoire : 1° ce malade n'avait jamais présenté un trouble urinaire quelconque ; 2° un mois avant son entrée il était tombé du gymnase sur la région lombaire droite, dont il avait souffert un peu depuis cette époque, mais sans être obligé d'abandonner jamais son service. — La tumeur elle-même, très minutieusement étudiée dans l'observation, avait le volume d'une grosse tête de fœtus enclavée sous les fausses côtes qu'elle soulevait légèrement et dans le flanc qui bombait, elle présentait les caractères de matité, de siège, de légère mobilité, d'indolence et de fluctuation des tumeurs liquides du rein.

Les urines, de quantité et d'aspect normal, contenaient 0,40 d'albumine par litre. — Après hésitation sur le siège anatomique de la tumeur, après avoir pensé à un kyste hydatique du foie, M. Loison fait avec un petit trocart et sur la ligne mamillaire une ponction aspiratrice (le 26 mars) dans le kyste et n'arrive, malgré tous les artifices employés, à retirer de cette grosse tuméfaction que 50 grammes de liquide brun hématique, riche en globules rouges et blancs et contenant des phosphates. De graves phénomènes de péritonisme suivent cette intervention, mais le malade urine le lendemain un liquide absolument semblable à celui qu'avait extrait la ponction. Un peu d'ictère dit hémaphéique apparaît le surlendemain, mais le 29 tout a disparu et les urines ont repris

leur teinte normale, le kyste se tend de nouveau et M. Albarran essaie en vain le cathétérisme urétéral.

Le 30 juin, l'état général est parfait, les urines sont normales. M. Loison fait une néphrotomie transpéritonéale, et retire 3 litres et demi de liquide brun noirâtre, il constate en explorant la poche, qu'elle est blindée en certains points de plaques calcaires. Drainage de la cavité à travers un large orifice de 10 à 12 centimètres ; suintement très abondant. Essai infructueux de retournement de la poche, suivant le conseil de Jaboulay. L'abondance de ce suintement, 4 mois après l'opération, la constatation d'une quantité normale de l'urine excrétée par l'autre rein autorisent l'auteur à pratiquer par voie lombaire la néphrectomie, qui cinq mois après était complètement cicatrisée. L'uretère présentait un point très rétréci à sa jonction avec le *bassinet*. L'examen histologique de la pièce et d'un fragment enlevé lors de la première opération, examen très exactement précisé par M. le professeur agrégé Lemoine, ne laisse aucun doute sur l'existence d'une distension rénale ancienne. Poche fibreuse, avec éléments du rein plus ou moins atrophiés : telle est brièvement résumée la belle observation très riche en détails, que M. Loison nous a adressée.

Elle est fort instructive; il s'agit, en somme, d'une rétention d'un liquide urohématique dans le rein. Ces faits sont peu fréquents; j'en ai signalé deux cas dans mon article du *Traité de chirurgie;* je vous ai fait une communication sur ce sujet en 1895; depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs autres; les uns sont signalés dans la thèse de M. Dordonnat, sur les épanchements urohématiques périrénaux, les autres sont inédits, et enfin Narath a publié, en 1895, dans les *Archives* de Langenbeck, un intéressant article sur les collections séro-sanguines rétropéritonéales.

Ces épanchements peuvent siéger autour du rein ; ils sont alors, le plus souvent, d'origine *traumatique* (Dordonnat, Tuffier et Lévi). Quand ils siègent dans le bassinet, ils peuvent succéder à un traumatisme, mais ils sont plus souvent dus à des uronéphroses transformées en urohématonéphroses. Les deux faits que j'ai observés avaient trait à des *néoplasmes* du bassinet qui avaient partiellement oblitéré l'uretère, provoquant ainsi une distension du rein, une hydronéphrose; puis l'hémorrhagie, si fréquente dans ces tumeurs, s'étant faite dans l'intérieur du bassinet, avait provoqué l'urohématonéphrose. Dans l'observation que je vous avais signalée, le bassinet se vidait périodiquement et constituait une hématurie et une hématonéphrose intermittente. Chez mon second malade, confrère de province que j'opérai en juin 1895, j'étais en présence d'une énorme tuméfaction fluc-

tuante du rein droit avec urine claire : il s'agissait vraisemblablement d'une hydronéphrose, l'incision lombaire me fit tomber sur une poche rénale distendue que j'incisai largement, un flot de liquide sanglant fut évacué avec une telle violence que je crus avoir fendu un gros tronc vasculaire : il n'en était rien; le foyer évacué, je trouvai une poche contenant, au niveau du hile, une tumeur petite, encore adhérente; le malade, fort amélioré pendant quelques mois, devint cachectique et succomba, quatorze mois après, à la généralisation de la tumeur qui était particulièrement vasculaire et fut encore le sujet d'hémorrhagie, dans les derniers mois de la vie. Chez le malade de M. Loison, l'origine de l'hématonéphrose était tout autre, puisque l'examen histologique n'a révélé aucune trace de néoplasme, peut-être le traumatisme survenu un mois avant l'opération avait-il transformé le contenu liquide. Si cette hypothèse est plausible, je me hâte d'ajouter que la *simple distension rénale* peut provoquer sans traumatisme le même accident. J'ai pratiqué, il y a une quinzaine de jours, une néphrectomie pour une fistule urétéro-vaginale justiciable, dans le cas présent, de cette seule intervention : le bassinet et les calices étaient couverts d'ecchymoses récentes, comme nous le montre cette aquarelle.

Le second point intéressant (1) est que l'uronéphrose de M. Loison était une hydronéphrose fermée, puisque l'urine était claire et que sous l'influence de l'évacuation partielle de la poche, la perméabilité s'est rétablie et que le malade a rendu un liquide analogue à celui qui avait été retiré du rein. La tension intrarénale jouait donc un rôle dans le mécanisme valvulaire de l'oblitération de l'uretère, c'est d'ailleurs là un fait souvent signalé.

La *conduite tenue* par M. Loison lui a réussi, mais je ne puis approuver la ponction transpéritonéale dans ces cas. Cette manœuvre a été suivie d'accidents graves, et je crois qu'en pareil cas mieux vaudrait éviter la séreuse péritonéale, car on ne peut jamais affirmer que le contenu de la poche est aseptique. En tous cas, cette ponction, si elle est incomplète, aurait tout avantage à être suivie d'une incision évacuatrice. Aussi, le diagnostic de collection rénale ayant été posé, cette incision aurait donné tout bénéfice si elle avait été lombaire. L'incision abdominale doit être l'exception. Pour ma part, j'ai pratiqué deux fois par nécessité cette *néphrotomie transpéritonéale*, et deux fois il s'agissait de collections suppurées que rien ne pouvait faire prévoir; je fis l'*exclusion de la grande séreuse* avant d'ouvrir la cavité. Cette exclusion est très simple; il suffit d'inciser le péritoine à la surface du rein, de le décoller et de le suturer au péritoine pariétal,

(1) Voy. séance suivante.

puis d'inciser la poche au niveau de la région décollée. M. Poncet vient de proposer la néphrectomie par le même procédé. Autant l'exclusion péritonéale s'impose, quand elle est possible pour la néphrotomie, autant elle est difficile et souvent inefficace dans la néphrectomie transpéritonéale. Pour suturer le feuillet séreux péritonéal dans toute la hauteur du rein et au delà, il faut une glande mobile, abaissée, de volume moyen et particulièrement complaisante; aussi ai-je lu dans l'observation de M. Poncet, qu'il avait déchiré ses propres sutures devenues ainsi inutiles, pendant l'extraction du rein.

Quant à la voie lombaire pour la néphrectomie, elle s'impose dans ces cas d'infection, et si elle a été un peu plus compliquée dans le fait de notre collègue, c'est que la fistule créée par la néphrotomie à la paroi de l'abdomen, a gêné ses manœuvres d'extraction de la poche, — et je ne vois là qu'une raison de plus pour préférer la voie lombaire dans ce cas.

En somme, M. Loison a obtenu ici un beau succès et nous ne saurions que l'en féliciter. Je vous propose donc de déposer son observation dans nos archives, de lui adresser des remerciements et de vous rappeler ses nombreux et intéressants travaux lors de la nomination de nos prochains membres correspondants.

M. Bazy. — L'observation résumée que vient de lire M. Tuffier ressemble absolument à l'observation que j'ai publiée à l'Académie, relative à un malade auquel j'ai pratiqué une urétéro-pyélo-néostomie.

Dans ce cas, nous avons trouvé, M. Nélaton et moi, le bassinet énormément distendu par un liquide sanguin, dont je fis l'évacuation par la voie transpéritonéale. Je fis un nouvel abouchement de l'uretère au bassinet. Le malade guérit, et a été revu depuis bien portant.

La poche dans ce cas rappelait celle qu'a vue M. Loison. Dans l'observation qu'il nous envoie, il y avait un rétrécissement de l'uretère; dans la mienne, il y avait aplatissement de l'uretère par la poche hydronéphrotique. Dans les deux cas, il y avait augmentation de pression du liquide, contenu dans le bassinet.

J'insiste donc sur cette pathogénie de l'hématonéphrose; elle est due à une distension du bassinet, et est analogue aux hémorrhagies qui se font dans les vessies distendues. Cette pathogénie de l'hématonéphrose, est bien mise en évidence dans la thèse de mon élève Escat.

J'ai été frappé de voir dans ce cas et dans un autre que j'ai publiée en même temps dans la *Revue de Chirurgie* (n° 5, 10 mai 1897, page 400), la facilité avec laquelle le bassinet saigne,

quand il est distendu; il suffit, pour en voir couler du sang, de passer une éponge sur sa paroi. Aussi la distension qu'il éprouve dans les cas analogues aux miens explique bien l'hémato-néphrose.

M. Poirier. — La pathogénie des néphrorrhagies est loin d'être complètement élucidée. J'ai pratiqué récemment la néphrectomie sur un malade atteint de *néphrite* chronique et dont le rein droit seul saignait abondamment. L'observation vaut d'être résumée ici. Il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans, grand et fort, qui maigrissait depuis trois mois avec une rapidité effrayante, sans présenter d'autres symptômes qu'une lassitude générale. L'examen des urines, dont la quantité était augmentée (3 litres), ayant démontré la présence d'une quantité notable d'albumine (1 gr. 23 par litre), et une grande quantité de globules sanguins, je cherchai en vain la cause de cette hématurie du côté de la vessie et des reins.

J'adressai le malade au service du professeur Guyon : la cystoscopie, pratiquée par M. Janet, permit de voir que l'uretère droit émettait des jets du sang presque pur. Le malade me fut renvoyé avec le diagnostic : affection localisée au rein droit, de nature calculeuse sans doute. Je fis l'incision lombaire et je trouvai un rein de volume normal, à surface mamelonnée, déjà granuleuse, présentant ça et là de petits kystes : j'explorai en vain le bassinet. Comme plusieurs kystes avaient été ouverts au cours d'une décortication rendue laborieuse par la périnéphrite chronique, j'enlevai le rein. L'opéré guérit, sans fièvre, mais ayant présenté un peu d'abaissement de la température (36.8 et 36. 6) pendant les deux premiers jours.

Il n'émit que 140 grammes d'urine dans les premières vingt-quatre heures; 45 grammes seulement furent retirés par le cathétérisme dans le cours du second jour; ce n'est qu'à la fin du troisième jour que la fonction urinaire se rétablit. Il y eut 600 grammes le quatrième jour : très rapidement, en trois jours, la quantité s'éleva à 2,500 grammes; depuis, elle a toujours oscillé entre 2,500 et 3,000 grammes.

L'analyse de ces urines, pratiquée par M. Berlioz, qui déjà les avait analysées avant l'opération, montra que la quantité d'albumine était réduite à 0 gr. 28 par litre en même temps qu'avait disparu toute trace d'éléments figurés du sang. L'examen macroscopique du rein nous montra que la muqueuse des calices et du bassinet présentait de nombreuses taches ecchymotiques. L'examen histologique, pratiqué par M. Letulle, a révélé les lésions ordinaires de la néphrite chronique.

M. Tuffier. — Certes, la question des hématuries est très complexe.

Dans mon rapport, on trouvera ce que vient de dire M. Bazy sur le rôle qu'il attribue à la distension dans la pathogénie de l'hématonéphrose.

Il y a quelques semaines, j'ai fait une néphrectomie pour un malade chez lequel toute opération, qu'on eût essayé de pratiquer sur l'uretère était impossible; j'ai trouvé le rein distendu par un peu d'hydronéphrose, et les calices et les bassinets couverts d'ecchymoses. Ce fait m'a paru très curieux, et j'ai fait dessiner la pièce.

Communication.

Sur le traitement des salpingites suppurées, par l'incision vaginale; observations et remarques.

par M. CH. MONOD.

Le traitement des suppurations pelviennes par incision vaginale a, dans ces derniers temps, repris quelque faveur. Sans parler des travaux bien connus de M. Laroyenne (de Lyon) et de ses élèves, je rappellerai le jugement relativement favorable, que M. Bouilly (1) a porté sur ce mode d'intervention, ici même, en 1890, puis au Congrès de Genève, en 1896; celui de M. Le Dentu (2), dans une revue clinique; celui de M. Tuffier, formulé dans la thèse de l'un de ses élèves, M. Rodriguez (3).

Je suis, moi-même, depuis longtemps entré dans cette voie. J'avais songé à vous apporter les résultats de ma pratique, avec observations au nombre de quarante à l'appui; j'ai dû renoncer à ce projet, en raison de l'étendue d'une telle étude.

J'ai prié deux de mes internes, M. Vanverts et mon fils Fernand Monod, qui m'ont assisté dans la plupart de mes opérations, de réunir ces faits dans un travail d'ensemble, qui sera publié ultérieurement.

Je ne veux aujourd'hui, vous entretenir que de quelques-uns d'entre eux, qui prêtent plus particulièrement à la discussion.

(1) Bouilly. *Soc. de Chirurgie*, juillet 1890 et *Congrès de gynécologie*, Genève, 1896.

(2) Le Dentu. *Gazette des Hôpitaux*, 27 février 1892.

(3) Rodriguez (J.). De l'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens. *Thèse de Paris*, 1895.

Les cas de suppuration pelvienne qui relèvent de l'incision vaginale ne sont, en effet, pas tous superposables.

Dans certains, la collection est évidemment fluctuante, elle bombe du côté du vagin ; il suffit, pour donner issue au pus, d'un coup de pointe ou de trocart. On s'accorde à reconnaître que l'incision par le vagin est, en pareil cas, le procédé de choix.

Il en est de même dans d'autres, où la fluctuation fait défaut, où la masse sentie par le toucher peut même être d'une dureté ligneuse. Mais à d'autres indices la présence du pus est reconnue ; et de fait, l'ouverture du cul-de-sac conduit dans une cavité rétro ou latéro-utérine, qui largement drainée, revient vite sur elle-même et guérit sans autre intervention.

D'autres fois, la conduite à tenir est moins évidente. Que la collection semble fluctuante ou non, on a l'impression que tout en étant accessible par le vagin, elle en est anatomiquement séparée, j'entends, par là que la muqueuse vaginale absolument saine et souple paraît glisser sur la tuméfaction sous-jacente, évidemment distincte de la paroi vaginale. Elle peut être plus haut située encore, à bonne distance du cul-de-sac, sur les côtés de l'utérus, occupant la place que l'on a coutume d'assigner aux tuméfactions développées dans l'ovaire ou la trompe.

Il est, du reste possible, au cours de l'intervention, de se rendre compte que l'impression fournie en pareil cas par le toucher, répond à une réalité.

Si l'on procède, en effet, avec lenteur, on a nettement la notion que, dans un premier temps, le vagin peut être incisé dans toute sa hauteur sans qu'une goutte de pus apparaisse; que, dans un second temps, le doigt sent et le bistouri perfore une paroi plus ou moins épaissie, qui n'est autre que le péritoine sus-vaginal, derrière lequel le pus est accumulé.

Que si alors le doigt, introduit dans la boutonnière vaginale, explore la poche qui vient d'être évacuée de la sorte, il se peut qu'il ne trouve qu'une vaste cavité dans laquelle il se promène à l'aise sans rencontrer aucune partie solide.

Mais souvent aussi, et c'est le point sur lequel j'insiste, il découvre une seconde masse plus élevée, qui, ouverte avec un bistouri boutonné ou aux ciseaux, donne passage à un nouveau flot de pus. Le doigt réintroduit reconnaît l'existence d'une seconde poche contenue dans la première. Dans les cas types, il délimite une ouverture à bords frangés à travers laquelle la seconde collection s'est vidée.

Il m'a paru — autant que l'on peut se rendre compte par le toucher, au cours d'une opération, de l'état des parties — que, en pareille circonstance, la première de ces collections siège dans le

péritoine, variété de pelvi-péritonite enkystée, à laquelle on peut donner le nom de *péri-salpingite* pour la distinguer de la pelvi-péritonite vulgaire; tandis que la seconde occupe les annexes même, trompe ou ovaire, lésion primitive ayant donné lieu à la suppuration du péritoine périphérique.

J'ai pu récemment vérifier, sur le cadavre et sur le vivant, que cette disposition supposée n'était pas une simple vue de l'esprit.

Sur une femme ayant succombé avant toute intervention, nous avons pu reconnaître, à l'autopsie, l'existence de la double lésion, dont je parle : une collection purulente enkystée occupant le petit bassin et, au centre, une poche annexielle bien limitée, contenant du pus. L'opération telle que je la comprends, a pu être répétée sur le cadavre, le ventre ouvert, devant les élèves : 1° incision du vagin et ouverture de la collection péritonéale; 2° et, en un second temps, incision du foyer annexiel. Il n'y avait pas de pus dans le ligament large.

Cette constatation répond d'avance à l'objection que l'on pourrait me faire, à savoir que ces poches successivement ouvertes, ne sont que des foyers multiples de péritonite enkystée. Il me semble intéressant d'établir que dans certains cas du moins, la collection secondaire siège bien dans les annexes.

J'ai dit que, sur le vivant, j'avais pu faire une constatation analogue. C'était chez une jeune femme (obs. XX) opérée en mon absence d'une collection pelvienne gauche, par incision du cul-de-sac; le pus évacué, la masse salpingienne sus-jacente avait été sentie, mais respectée. A mon retour, je trouvai que la cavité vidée s'était comblée; l'orifice était fermé et ne fournissait plus de pus. Mais on sentait toujours par le toucher combiné, dans la région de la trompe, une masse qui me parut fluctuante, et que je songeais à atteindre à travers l'ouverture vaginale, fraîchement cicatrisée et qui devait céder facilement. Les règles étant survenues, je fus quelques jours sans pouvoir examiner la malade. Lorsque cela me fut de nouveau permis, l'état local s'était beaucoup modifié; il me parut que la tuméfaction perçue par moi, peu de jours auparavant, avait notablement diminué. On sentait d'autre part à droite de l'utérus, c'est-à-dire du côté opposé, une masse évidemment annexielle. En présence de cette double lésion, ne donnant, ni d'un côté ni de l'autre, la sensation de fluctuation, je me décidai à aller à leur recherche par une laparotomie.

Du côté droit je trouvai une trompe épaissie, enflammée, non suppurée qui fut facilement enlevée. Du côté gauche, celui où l'incision vaginale avait été faite, les lésions étaient un peu plus avancées; de petits foyers purulents existaient dans l'épaisseur de la trompe. Mais le point intéressant, est que l'on pouvait délimiter

au dessous de la trompe un espace cavitaire, en grande partie comblé, dans lequel le pus évacué par le vagin avait dû s'accumuler. Cette loge était située à gauche et en arrière de l'utérus, laissant en avant d'elle un ligament large absolument sain.

Il était donc bien clair que nous retrouvions ici encore la trace d'une double lésion: la salpingite, d'une part et de l'autre la péri-salpingite ou inflammation suppurative et enkystée du péritoine, consécutive à l'inflammation de la trompe.

J'ajoute enfin qu'un incident opératoire, qui est loin d'être rare, parle encore en faveur de l'existence de la péri-salpingite telle que je la comprends. Il arrive parfois, en effet, que croyant avoir affaire à une suppuration pelvienne, l'opérateur constate, non sans étonnement que l'incision du cul-de-sac donne issue à un liquide simplement séreux. Mais si l'on a soin d'explorer avec le doigt la cavité ouverte, il peut se faire que l'on découvre une masse plus profonde, qui ouverte laisse échapper un flot de pus.

J'ai eu trois fois occasion d'observer cette disposition. Dans un quatrième, la masse salpingienne ne fut pas reconnue; elle se vida spontanément le huitième jour (obs. II).

Et que l'on ne me dise pas que, dans ce dernier cas, la suppuration résultait de l'infection secondaire de la poche à contenu primitivement séreux. J'ai eu en effet, en d'autres circonstances, occasion d'inciser de semblables collections séreuses, d'origine évidemment annexielle, guérissant après évacuation et drainage, sans suppuration secondaire. Dans ces cas, les lésions des annexes reconnues par le toucher combiné étaient peu considérables, et probablement, comme la suite l'a démontré, non suppurées.

Il résulte, me semble-t-il, de ce qui précède que l'inflammation péritonéale circonscrite, qui accompagne presque fatalement les lésions annexielles, donne souvent lieu à un épanchement qui peut n'être que séreux, qui plus souvent sera suppuré.

Cette collection est facilement atteinte et évacuée par l'incision vaginale. Mais pour que l'opération soit complète et vraiment utile, elle doit atteindre la lésion annexielle primitive, toutes les fois que celle-ci pourra être reconnue.

L'opération que je préconise ne sera donc pas, dans la majorité des cas, une simple incision d'abcès bombant dans le vagin. Ce sera une opération réglée, une élytrotomie, qui après avoir donné accès dans une collection péri-annexielle permettra de dépister et d'ouvrir un second foyer plus profond, siégeant dans les annexes.

J'en viens maintenant aux *résultats* obtenus.

Mes observations limitées aux cas sur lesquels seuls je désire

attirer votre attention, c'est-à-dire aux *collections latérales à l'utérus ou postéro-latérales, dans lesquelles, il est ordinairement possible de reconnaître l'existence d'un double foyer : l'un, profond annexiel* (*salpingite ou salpingo-ovarite*), *l'autre superficiel ou péri-annexiel* (*péri-salpingite*), sont au nombre de 25.

GROUPE I. — *Ovaro-salpingite suppurée avec périsalpingite séreuse.*

Dans ce *premier groupe*, je place les cas où la salpingite suppurée a donné lieu à une péri-salpingite simplement séreuse, ou, en d'autres termes, ceux où l'ouverture du cul-de-sac vaginal donne issue à un liquide séreux ; le pus n'apparaît que dans un second temps, provenant d'une poche plus haut située.

J'ai déjà dit que j'avais observé quatre cas de ce genre (obs. I à IV). Ces quatre malades sont sorties guéries moins d'un mois après l'opération. Chez d'eux d'entre elles cependant (obs. III et IV), il existait des lésions annexielles du côté opposé, dont la rétrocession avait été manifeste. J'aurai occasion de revenir sur ces faits.

Trois ont été revues, l'une au bout de quinze jours, l'autre de trois semaines, une seule neuf mois plus tard, toutes en très bon état.

Il me sera peut-être permis de faire remarquer à ce propos, que chirurgien à Saint-Antoine depuis nombre d'années, je m'y suis formé une clientèle, dont j'ai eu occasion d'observer la fidélité ; que, dans la généralité des cas (je ne nie pas les exceptions), les malades non guéris me reviennent, et inversement, que je puis considérer comme définitivement hors d'affaire, au moins pour la plupart, ceux qui ne se représentent pas. Témoin l'étonnement naïf de cette femme répondant à un de mes internes qui lui avait demandé de revenir se faire voir, et disant que l'idée ne lui en serait jamais venue *puisqu'elle était guérie !*

GROUPE II. — *Ovaro-salpingite et péri-salpingite l'une et l'autre suppurées.*

Ce second groupe comprend les faits beaucoup plus nombreux (21 cas) où la suppuration occupe à la fois les annexes et le péritoine voisin.

Je diviserai ces cas en deux, suivant que les collections suppurées siègent d'un seul côté de l'utérus ou des deux côtés.

A. *Collections unilatérales*, 17 cas, 1 mort.

J'élimine immédiatement le cas de mort (obs. XXI); il ne doit

pas être porté au passif de l'opération. Il s'agit en effet d'une malade morte un mois après l'intervention de péritonite généralisée, consécutive à une perforation du côlon transverse (1). Nous pûmes, chez cette femme, constater, à l'autopsie que les lésions du côté opéré étaient en bonne voie de guérison.

Des 16 autres opérées qui ont toutes survécu,

10 ont guéri *sans incidents.*

4 guéries également, mais après des *complications* sur lesquelles je reviendrai.

Chez 2, l'intervention n'a pas donné le succès thérapeutique voulu.

Des 10 malades guéries sans incidents, huit l'ont été dans un intervalle de temps variant entre quinze à trente jours. Chez deux, la guérison a tardé de deux à trois mois. Cinq ont été revues, en bon état général et local, un mois et demi, deux mois, neuf mois, onze mois et quatre ans après leur sortie.

Chez toutes, sauf une, l'existence de la double collection salpingienne et péri-salpingienne a été reconnue au cours de l'opération. Chez une seule (obs. XIII), opérée en 1893, je n'avais pas osé attaquer une masse plus haut située et qui s'est vidée ultérieurement. Cette malade est une de celles chez qui la guérison a été retardée.

Deux fois (obs. VI et XIII), les lésions étaient bilatérales mais suppurées d'un côté seulement. L'intervention n'a porté que sur la collection suppurée. Un mois plus tard, à la sortie des malades, la salpingite du côté non opéré avait disparu. Bien plus, l'une d'elles (obs. XIII), au bout de quatre ans, devenait enceinte et accouchait heureusement. A tous égards donc je pouvais me féliciter de n'avoir pas fait une opération plus radicale qu'aurait pu justifier la bilatéralité des lésions.

Cette circonstance de la disparition d'une tuméfaction salpingienne, supposée non suppurée, à la suite de l'évacuation d'une collection suppurée du côté opposé, a été constatée par moi et par mes internes de la façon la plus nette, dans plusieurs autres cas.

Restent, pour achever la revue des opérées de cette série, 6 malades que j'ai mises à part ; quatre, à cause des complications survenues, qui n'ont pas, du reste, empêché la guérison finale de se produire ; deux, parce que l'intervention a abouti à un insuccès thérapeutique dont j'aurai à rechercher la cause.

Voyons d'abord les *complications.*

(1) J'ai déjà eu occasion de mentionner ce fait à propos de la communication de M. Kirmisson sur les ulcérations perforantes de l'intestin de cause inconnue.

Deux fois j'ai vu s'établir une *fistule stercorale*. Dans l'un de ces cas (obs. XV), l'incident fut de très courte durée.

Au second pansement, on constata la présence de matières fécales dans le vagin. Il n'y en avait pas trace au pansement précédent; il s'agissait donc probablement d'une de ces perforations consécutives et non opératoires de l'intestin, sur lesquelles mon excellent élève et ami M. Jayle a attiré l'attention (1). Cet écoulement alla rapidement en diminuant. Au quatorzième jour, il avait cessé, et la malade sortait guérie trois semaines après l'opération.

Le cas cependant avait paru grave. Ici encore les lésions étaient doubles, formant deux masses encadrant l'utérus et le repoussant en avant. L'incision, en raison de ce fait, fut pratiquée dans le cul-de-sac postérieur. Le doigt introduit avait découvert et évacué une collection siégeant à droite; à gauche, il n'avait rencontré et dilacéré que des parties dures, sans trace de pus.

Dans le second cas (obs. XVI), la fistule stercorale s'établit plus tardivement, ce ne fut qu'au 12e jour qu'elle fut évidente; depuis quelques jours, le pus avait une odeur fécaloïde. Ce cas est le seul où j'ai pu par l'ouverture vaginale, extraire la trompe malade. Cette manœuvre a peut-être été pour quelque chose dans la formation de la fistule.

La malade très améliorée, sortait sur sa demande, cinq semaines après l'intervention; la fistule pyo-stercorale était très réduite, fournissait très peu de pus et de matières, mais persistait encore. J'ai appris qu'elle s'était oblitérée peu après.

Chez une autre opérée (obs. XVII), j'ai vu survenir ce curieux écoulement séreux — que j'ai décrit ailleurs sous le nom d'*hydrorrhée péritonéale* (2) — d'aspect et d'abondance tels que l'on songe tout d'abord à une perforation de l'uretère ou de la vessie. Cette malade, après divers incidents, ne guérit qu'à la suite d'une laparotomie, au cours de laquelle je pus constater le bon état des parties, du côté primitivement opéré.

Je note encore parmi les complications, la formation d'une *fistule* purulente (obs. XVIII), ou mieux peut-être la non-fermeture de l'incision vaginale, lorsque la malade, six semaines après l'opération, sortit sur sa demande.

Chez cette femme, quelques jours après l'intervention (incision du cul-de-sac postérieur), la cavité ouverte s'était mise en communication avec le rectum; les selles contenaient du pus. Cet état persistait à sa sortie.

(1) Jayle (F.). Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. *Ann. de Gynécol. et d'Obstétrique*, février 1896, t. I, p. 118.

(2) Congrès de Chirurgie 1896. *Comptes rendus*, p. 477.

Tout était fermé, lorsque nous la revîmes six mois plus tard ; il ne fut pas possible de savoir exactement à quelle époque le pus avait cessé de couler, soit par le vagin, soit par l'anus. Cette malade a été revue en bon état six ans après sa sortie.

Il est assez remarquable que je n'aie observé, que ce seul cas de fistule se formant à la suite d'une incision du cul-de-sac. Je pense être tombé sur une série heureuse ; car je sais que d'autres chirurgiens ont signalé la fréquence de cette complication. J'ai eu, moi-même à soigner un cas de ce genre chez une malade opérée ailleurs, et j'ai eu grand'peine à obtenir la fermeture définitive du trajet. Peut-être le soin apporté à la recherche d'un foyer profond est-il pour quelque chose dans les bons résultats que j'ai obtenus.

Mes deux *insuccès thérapeutiques* portent avec eux leur enseignement. Mon sentiment est, en effet, qu'ils auraient pu être évités, si l'opération avait été conduite suivant les règles que je préconise actuellement.

J'ai déjà longuement rapporté un de ces cas (obs. XX). Je rappelle qu'il s'agit d'une femme opérée en mon absence par simple incision vaginale; une masse salpingienne perçue plus profondément avait été respectée. J'ai dû plus tard enlever, par laparotomie, les annexes malades des deux côtés. Je crois que l'opération par le vagin, si elle avait été poussée à fond, eût pu amener une guérison complète. Je pus constater, en effet, lors de la seconde intervention, que la trompe du côté non opéré ne contenait pas trace de pus, et que, du côté opéré, les lésions étaient en voie de rétrocession.

L'autre malade (obs. XIX) a été opérée par moi en 1893, à une époque où je n'avais pas l'expérience que j'ai acquise depuis. Trouvant, après l'évacuation de la collection péri-utérine, une masse haut située, relativement mobile, je n'osai pas l'attaquer à son tour et crus plus sage de l'atteindre ultérieurement par laparotomie. A la sortie de la malade, un mois plus tard, on sentait, au côté gauche de l'utérus, la masse annexielle, très diminuée, il est vrai, de volume et, semblait-il, en voie de résolution, mais toujours manifeste. Cette femme n'a pas été revue et je ne puis la ranger parmi les guéries.

B. *Collections bilatérales.*

Dans une dernière catégorie je groupe les faits où la suppuration des annexes est *bilatérale :* les collections purulentes constatées ou soupçonnées siègent de l'un et de l'autre côté de l'utérus.

Ces cas, à moins de fluctuation évidente, ou d'un état général

grave, contre-indiquant tout autre mode d'intervention, ne sont pas en général justiciables de la méthode. Aussi, ne puis-je en citer que quatre, dont deux terminés par la mort.

Chez les deux malades qui ont guéri, je n'avais pas, au moment de l'intervention, la certitude que les deux masses senties de chaque côté de l'utérus, fussent l'une et l'autre suppurées.

Chez l'une (obs. XXIII), je pus découvrir et évacuer, séance tenante, et à travers la même incision, une collection siégeant du côté opposé à celui où j'opérais.

Chez l'autre (obs. XXII), après avoir ouvert le cul-de-sac latéral droit, il fallût neuf jours plus tard inciser le gauche. Dès lors, les choses marchèrent à souhait.

Ces deux malades ont guéri en des délais relativement courts, cinq et sept semaines.

L'état général grave, la haute température, le début récent des accidents aigus imposaient dans ces deux cas l'incision vaginale, seule opération possible.

J'en dis autant des deux autres, ceux qui ont abouti à la mort.

Dans l'un (obs. XXIV), il s'agissait, comme l'autopsie l'a démontré, d'une double salpingite tuberculeuse ayant déterminé un vaste abcès enkysté du péritoine, dans lequel s'ouvrait une anse de l'intestin grêle. J'avais d'abord songé, à cause de la bilatéralité des lésions à pratiquer une hystérectomie vaginale. Mais après l'ouverture du cul-de-sac postérieur, et l'issue de flots d'un pus fétide mélangé de matières intestinales, je dus naturellement y renoncer. L'état général de la malade était tel du reste, qu'aucune intervention ne pouvait la sauver.

Il n'en était peut-être pas de même chez l'autre (obs. XXV).

Les accidents dataient de trois mois. A son entrée dans le service, elle présentait, au toucher, deux grosses masses latérales à l'utérus, dont l'une remontait à mi-chemin de l'ombilic; ces masses étaient rénitentes, presque fluctuantes. Elles étaient réunies par une troisième; celle-ci, très dure, occupait le cul-de-sac postérieur. L'utérus était refoulé en avant.

L'incision du cul-de-sac postérieur donne issue à un flot de pus fétide. L'état général, qui était grave, s'améliore; mais, dix jours après, la température remonte. J'explore la cavité et découvre une autre grosse masse incluse qui, ouverte au bistouri, laisse échapper un nouveau flot de pus.

Il était trop tard. La température tombe, mais l'infection continue. Huit jours après, la malade est emmenée mourante par sa famille.

La dernière collection ouverte aurait été, d'après les idées que je défends, un foyer annexiel, qui n'a malheureusement pas été

reconnu lors de la première intervention. On peut se demander si, évacuée plus tôt, l'issue n'eût pas été différente.

Conclusions. — Des considérations qui précèdent, je conclus que, abstraction faite des cas de pelvi-péritonite et de phlegmon du ligament large, accessibles par le vagin, cas dans lesquels l'incision vaginale est de règle, ce mode d'intervention constitue encore une ressource utile dans les ovaro-salpingites suppurées *unilatérales*.

Ces lésions suppurées des annexes s'accompagnent ordinairement d'une inflammation circonscrite du péritoine voisin (périsalpingite), donnant lieu à une collection le plus souvent suppurée, quelquefois séreuse.

Cette collection, qui se présente la première sous le bistouri, sera d'abord évacuée. Mais pour que l'opération soit complète, on devra aller à la recherche du foyer annexiel plus profondément situé. Ce foyer ne sera pas toujours découvert; mais s'il existe, il sera incisé, vidé, drainé.

Même dans les cas de salpingite suppurée, haut située, facilement enlevable par laparotomie, je crois que, chez une femme jeune, lorsque le cas est récent, et la lésion unilatérale, il sera permis, si elle peut être atteinte par le vagin, d'essayer de l'aborder par cette voie. On obtiendra ainsi, à moins de frais, à moindre péril aussi, une guérison qui, si je m'en rapporte à mon expérience, sera, dans la majorité des cas, définitive.

Lorsque les lésions, même récentes, seront *bilatérales*, l'incision vaginale sera généralement insuffisante.

A fortiori le sera-t-elle si l'affection est ancienne, lorsque l'utérus est immobilisé au milieu de masses inflammatoires même partiellement suppurées. L'opération doit alors intéresser l'utérus lui-même, qui sera enlevé avec les annexes, soit par le vagin, soit par l'abdomen.

Le succès que j'ai obtenu dans deux cas où les lésions suppurées siégeaient de chaque côté de l'utérus ne modifie pas sur ce point ma manière de voir.

Tout au plus serait-on autorisé à se contenter d'abord de l'ouverture par le vagin de collections volumineuses et évidentes, mais avec la pensée que ce ne sera là que le premier temps d'une opération plus complète qui devra être faite ultérieurement.

Dans certains cas, le résultat dépassera l'attente et la guérison sera, comme chez mes deux malades, définitive; mais ces faits sont exceptionnels, il n'y faut pas compter.

En fait, l'incision vaginale sera presque exclusivement réservée aux collections unilatérales siégeant dans les annexes, dans le

péritoine ou dans le ligament large. Et, résumant d'un mot mon sentiment, je dirai que toute collection, siégeant d'un seul côté de l'utérus, si elle est abordable par le vagin, doit être d'abord attaquée par cette voie. L'opération sera souvent curative. Elle ne mettra pas obstacle, si elle ne donne pas le résultat voulu, à une intervention ultérieure, plus radicale.

OBSERVATIONS

Collections latérales ou postéro-latérales dans lesquelles il est ordinairement possible de reconnaître un double foyer : l'un profond annexiel (salpingite ou ovaro-salpingite), l'autre superficiel ou péri-annexiel (péri-salpingite).

Groupe I. — *Ovaro-salpingite suppurée avec péri-salpingite séreuse.*

4 cas, 4 guérisons.

Obs. I. — L..., trente-huit ans. Ni accouchement, ni fausse couche. Règles régulières. — Souffre du ventre depuis 1894. Pertes blanches.

Le 16 juillet 1896, brusquement ces douleurs deviennent plus vives, nécessitant le séjour au lit. Vomissements.

Etat à l'entrée (22 juillet). — Assez bon état général. Pas de fièvre. Examen local rendu presque impossible par les douleurs.

29 juillet. — Douleurs de plus en plus vives. Leucorrhée visqueuse, abondante.

31 juillet. — Examen sous chloroforme. L'utérus est repoussé en avant et un peu à droite. Dans le cul-de-sac gauche et postérieur, volumineuse tuméfaction rénitente, qui s'avance un peu dans le cul-de-sac droit.

Opération (31 juillet). — Incision transversale partant du col à l'union des culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Le bistouri ouvre d'abord une première poche, peu considérable, contenant un liquide séreux, puis une seconde, volumineuse d'où s'écoule une grande quantité de pus. Le doigt introduit rencontre dans cette poche une partie dure, accolée à l'utérus et probablement formée par l'ovaire. Il constate que la cavité s'étend derrière l'utérus et la dépasse à droite. De ce côté, il découvre une nouvelle petite collection purulente, qui est ouverte. Deux drains.

Suites. — Simples. Ecoulement très abondant le premier jour, puis diminue rapidement.

12 août. — Suppression des drains.

17 août. — La malade se lève, ne souffre plus; mais il reste de la leucorrhée purulente venant de l'utérus.

Sortie le 19 août. — Utérus peu mobile. A droite, on ne sent rien. A gauche, induration linéaire. Aucune douleur à la pression.

Revue le 9 septembre. — Culs-de-sac absolument souples. Aucune souffrance. L'utérus est encore un peu gros. Sécrétion insignifiante.

Obs. II. — T..., trente ans. Il y a quatre ans, grossesse gémellaire, accouchement difficile, forceps. Accidents puerpéraux consécutifs. Depuis, la malade souffre du ventre; métrorrhagies; leucorrhée. A plusieurs reprises, crises douloureuses (pelvi-péritonite?)

Etat à l'entrée (17 janvier 1896). — Femme nerveuse, probablement éthylique. Se refuse presque à toute exploration, comme trop douloureuse. On ne peut l'examiner que sous chloroforme :

Col utérin entr'ouvert. Corps refoulé à gauche et en avant. A droite de l'utérus et se prolongeant en arrière, masse qui l'environne, donnant au toucher une sensation de mollesse, presque de fluctuation.

Cette masse se sent aussi par le palper, en déprimant la paroi abdominale. De ce côté, elle est plus tendue, presque dure. Elle est peu mobile. Son volume est celui d'une grosse orange environ.

On croit, en raison de la vive douleur et d'une légère élévation thermique, à une collection purulente d'origine salpingienne.

Opération (23 janvier). — Incision postérieure, empiétant sur le cul-de-sac droit. Le vagin incisé, il ne s'écoule rien. Le doigt, introduit dans l'ouverture vaginale, sent, et le bistouri boutonné pénètre la masse qui est derrière et d'où sort un liquide séreux abondant, coloré en rouge brun.

Le doigt, introduit dans la cavité ainsi ouverte, rencontre une masse mollasse, qui ne peut être que la trompe légèrement tuméfiée. Pas de lavage. Deux drains.

Examen du liquide — Stérile.

Suites. — Simples. Chute immédiate de la fièvre, et disparition des douleurs. Ecoulement séreux, abondant.

3 février. — On constate que cet écoulement est devenu purulent, ce qui oblige à maintenir le drainage.

5 février. — Beaucoup moins de pus; suppression d'un drain.

9 février. — Suppression définitive de tout drainage.

Sortie le 17 février. — Tout est fermé.

Revue le 3 novembre 1896. — Culs-de-sac souples, non douloureux.

Obs. III. — D..., vingt-quatre ans. Accouchement il y a cinq ans. Leucorrhée abondante depuis cette époque.

Depuis trois mois, les règles sont très douloureuses.

Le 27 août 1896, refroidissement au moment des règles qui s'arrêtent brusquement. Depuis cette époque, violentes douleurs abdominales avec maximum à droite, ayant nécessité le repos au lit. Amaigrissement.

Etat à l'entrée (10 septembre 1896). — L'utérus est en latéro-version droite, fixe. A droite et en arrière de l'utérus, tuméfaction arrondie, à parois minces, très douloureuse, déprimant fortement le cul-de-sac, rénitente, de la grosseur d'un gros œuf. A gauche, salpingite très douloureuse, mais moins volumineuse, n'ayant pas l'apparence d'une poche comme à droite et moins saillante dans le cul-de-sac vaginal. Le toucher est extrêmement douloureux. La température monte le soir à 38 degrés et 38°,5.

Opération (1) (13 septembre). — Incision transversale du cul-de-sac postérieur. Ouverture aux ciseaux de la collection droite; écoulement d'un liquide citrin. Le doigt pénètre profondément dans cette poche qui est volumineuse et située derrière l'utérus. Dans sa cavité on trouve une tumeur allongée, libre par son extrémité, située en haut et à droite, rattachée au contraire à gauche par un pédicule aux tissus péri-utérins. On l'incise avec les ciseaux; il s'en écoule du pus; on agrandit l'ouverture à l'aide des doigts. A la partie supérieure de la grande poche séreuse existe en outre une petite tumeur arrondie, formée probablement par un des ovaires petit et induré. On place dans la poche séreuse un gros drain rigide, dont l'extrémité profonde pénètre dans la petite poche purulente.

Suites. — Le soir, la température atteint 39 degrés. Les jours suivants, elle ne s'élève pas au-dessus de 37°,5. Le 21 et le 22 septembre, elle remonte le soir à 38°,5. On enlève le drain qui est complètement obstrué par du pus concrété. On crève avec le doigt une petite collection séreuse qui s'est reformée au-dessus de l'incision vaginale. Les bords de la grande ouverture s'étant affaissés, on ne peut réintroduire que peu profondément un drain de plus faible calibre. Les quelques douleurs que la malade accusait depuis quatre jours disparaissent.

Le 24 septembre, le drain a été expulsé; il est réintroduit, mais à une profondeur de 3 à 4 centimètres seulement. Le 30 septembre, le drain a de nouveau été expulsé; on ne le réintroduit pas.

Sortie le 1er octobre. — Le toucher vaginal ne détermine aucune douleur; il n'existe plus de tuméfaction mais seulement une légère induration en arrière de l'utérus.

Revue le 15 octobre. — Les douleurs ont complètement disparu. Culs-de-sac libres.

Obs. IV. — D..., vingt-deux ans. Bonne santé habituelle. En janvier 1896, fausse couche de deux mois; pertes pendant huit jours. Depuis un mois, souffre du ventre.

État à l'entrée (17 juin 1896). — Toucher : col un peu gros, très légèrement entr'ouvert, correspondant à un corps un peu gros, un peu dévié à gauche et immobilisé. Cul-de-sac droit : masse peu tendue, douloureuse, accolée à l'utérus et débordant un peu en avant. Cul-de-sac gauche : tendu, masse difficilement délimitable, de la grosseur d'une orange.

Ces deux masses latérales sont accolées à l'utérus et empiètent en avant sur le col. Rien dans le cul-de-sac postérieur. — Pas de fièvre.

22 juin. — La température s'est élevée hier.

Un nouvel examen permet de constater que la tumeur de gauche a considérablement augmenté de volume; c'est une grosse masse évidemment fluctuante, perçue par le palper presque jusqu'à l'ombilic. Par le toucher, elle est sentie dans le cul-de-sac gauche, mais beaucoup

(1) Par M. Arrou, momentanément chargé du service, qui a bien voulu me communiquer cette observation.

mieux dans le cul-de-sac postérieur où elle bombe. Ce dernier signe est encore mieux appréciable dans le sommeil anesthésique. On *voit* alors, au fond du vagin, le cul-de-sac postérieur très tendu et bombant, quand on presse sur la partie abdominale de la tumeur. On retrouve toujours *à droite* une masse dure, non fluctuante, du volume d'une mandarine.

Opération (22 juin). — Incision du cul-de-sac postérieur.

A peine le bistouri est-il enfoncé que du liquide s'écoule, séreux, très fluide, clair, coloré en brun, en quantité considérable.

Cette collection vidée, M. Monod, qui s'étonnait de n'avoir trouvé que de la sérosité, alors qu'il comptait voir du pus, met le doigt dans l'ouverture vaginale pour explorer la cavité. Il rencontre alors une seconde collection, à parois molles, qui cèdent facilement sous la pression du doigt, et d'où s'écoule un flot de pus. Ce pus évacué, on sent nettement, au delà de l'incision vaginale, les bords du second orifice, mous et flottants. La seconde collection est évidemment le foyer salpingien proprement dit; la première est le fait d'une péri-salpingite séreuse.

Lavage à l'eau bouillie. Deux drains. Gaze iodoformée dans le vagin.

Examen des liquides. — Ils sont tous deux stériles.

Suites. — Simples. Pansement tous les deux jours. Les drains sont définitivement supprimés le 10 juillet.

Sortie le 18 juillet. — Aucune souffrance.

Le cul-de-sac postérieur est encore un peu dur, mais à peine sensible au toucher. Les culs-de-sac latéraux sont libres.

Guoupe II. — *Ovaro-salpingite et péri-salpingite, l'une et l'autre suppurées.*

21 cas qui se subdivisent en deux catégories, suivant que les collections suppurées sont *unilatérales bilatérales.*

1. *Collections suppurées unilatérales*, (17 cas).

14 guérisons, dont 10 sans incidents et 4 avec complications diverses.
2 insuccès thérapeutiques.
1 mort (par affection intercurrente).

a) *Guérison sans incidents* (10 cas).

Obs. V. — M..., trente-sept ans. A la suite d'un accouchement en 1882, accidents nets de pelvi-péritonite; puis tout rentre dans l'ordre. Cependant, depuis cette époque, la malade n'a jamais cessé de souffrir dans le ventre. Le 1er mars 1894, réapparition d'accidents de pelvi-péritonite.

Etat à l'entrée (12 mars 1894). — Mauvais état général. Fièvre (40 degrés). Vomissements. Ventre ballonné et douloureux.

Les accidents aigus s'amendent par le repos et l'application de glace sur l'abdomen.

20 mars. — Il reste une masse pelvienne, à gauche et en arrière de l'utérus, nettement perçue par le palper abdominal combiné au toucher

vaginal; elle est peu mobile, fait corps avec l'utérus, est très dure. La fièvre persiste avec des exaspérations vespérales. Les jours suivants, la masse péri-utérine semble se ramollir.

Opération (31 mars). — Incision à l'union des culs-de-sac postérieur et gauche; pus. Le doigt, introduit par l'incision vaginale, doit se porter très profondément pour pénétrer dans une cavité petite, à parois lisses, d'où s'écoule du pus fétide. Drains.

Examen du pus. — Streptocoque et colibacille.

Guérison rapide. *Sortie* le 22 avril.

Revue en janvier 1895, les culs-de-sac sont souples, l'utérus mobile.

Obs. VI. — B..., quarante-cinq ans. Depuis un avortement, fait en 1880, la malade souffre du ventre, surtout au moment des règles, qui sont très abondantes et suivies de leucorrhée.

En novembre 1895, apparition subite, sans cause appréciable, de violentes douleurs dans le ventre, s'accompagnant de vomissements, de ballonnement et de constipation. Ces accidents durent trois semaines, durant lesquelles la malade est demeurée alitée. — 24 décembre 1895, nouvelle crise.

Etat à l'entrée (1er janvier 1896). — État très grave. Ventre ballonné, très douloureux. Vomissements verdâtres, fréquents. Fièvre. Examen local impossible.

8 janvier 1896. — Ces accidents péritonitiques s'étant apaisés, on sent *par le palper*, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur très douloureuse, pas très dure, située parallèlement à l'arcade crurale, très difficile à délimiter, paraissant plonger dans le petit bassin.

Par le toucher, col gros, ulcéré. Utérus un peu immobilisé, rejeté en avant et à droite.

Dans le cul-de-sac gauche, on trouve une grosse masse, empiétant sur le cul-de-sac postérieur, bien accessible par le palper combiné. Dans le cul-de-sac droit, mais plus profondément, autre masse, moins appréciable par le palper combiné. Apyrexie.

12 janvier. — La malade a de nouveau de la fièvre (le soir, 40 degrés; le matin, 37°,5). Elle souffre plus du ventre, mais ne vomit pas. — Au toucher, la masse gauche devient fluctuante, mais elle demeure toujours à distance du vagin.

Opération (14 janvier). — Incision du cul-de-sac gauche. On pénètre presque aussitôt dans une première poche contenant un liquide séreux, louche, fortement chargé de pus. Il faut faire un violent effort pour crever avec le doigt une seconde poche que l'on sentait derrière; il s'écoule alors un flot de vrai pus, fétide. Cette poche ouverte, le doigt pénètre dans une cavité qui s'étend en haut et à droite.

A droite, on sent la seconde masse perçue avant l'intervention. On préfère n'y pas toucher, parce qu'elle ne paraît pas fluctuante.

Grand lavage de la cavité gauche, et drain.

Suites. — Aussitôt après l'opération, la malade ne souffre plus. Le soir même la fièvre est tombée. Pansement tous les deux jours.

29 janvier. — État général excellent. Localement, non seulement la

poche incisée et drainée s'est affaissée; mais la masse droite, laissée volontairement en place, a beaucoup diminué aussi. Il ne vient plus que peu de pus par les drains.

3 février. — Le drain est tombé, chassé par le travail de cicatrisation. *Sortie* le 6 février.

Le cul-de-sac gauche est un peu induré au niveau de la cicatrice; la masse droite a complètement disparu.

Remarque. — Ce fait est encore un exemple de la disparition d'une masse annexielle évidemment non suppurée, après évacuation d'un foyer suppuré du côté opposé.

Obs. VII. — D..., vingt-quatre ans. Depuis février 1896, la malade tousse; hémoptysies, amaigrissement, douleur à droite, leucorrhée abondante.

Etat à l'entrée (12 octobre 1896). — Mauvais état général. Fièvre. Par le toucher: masse volumineuse, remplissant les culs-de-sacs postérieur et latéraux, remontant dans la fosse iliaque droite à trois doigts au-dessus du pubis. Au spéculum on découvre un petit orifice fistuleux dans le cul-de-sac postéro-latéral droit, d'où sort du pus d'odeur infecte.

19 octobre. — Incision du cul-de-sac postéro-latéral droit. Flot de pus extrêmement fétide. Le doigt effondre alors péniblement une masse dure, collée au bassin. En forçant le trajet fistuleux avec une pince, on ouvre enfin une deuxième collection très haut située, d'où s'écoule un flot de pus. On réunit les deux collections en déchirant. Drains.

Suites. — Chute immédiate de la fièvre. L'état général devient rapidement excellent ; l'écoulement purulent perd sa fétidité et se tarit.

14 novembre. — La cavité est comblée.

Sortie le 21 novembre. — Les culs-de sac sont souples; pas de douleurs, sauf en un point en arrière et à droite, au niveau duquel persiste une très légère sensibilité au toucher.

Obs. VIII. — G..., vingt-deux ans. Souffre à droite depuis le mois de janvier 1896. Entre à l'hôpital le 9 octobre 1896. Depuis le mois de juillet, les douleurs n'ont cessé d'augmenter d'intensité. Elles sont toujours localisées à droite.

Etat à l'entrée (9 octobre 1896). — Chaque mouvement exaspère les souffrances. Etat général assez bon, malgré un amaigrissement très marqué. Température : 38 degrés le soir.

Au toucher, on sent une masse remplissant le cul-de-sac droit, empiétant sur le cul-de-sac postérieur, accessible par la palpation, non fluctuante, très douloureuse. Dans le cul-de-sac postérieur, existe une seconde tuméfaction qui paraît distincte de la précédente; mais par le toucher rectal on sent qu'elles se réunissent.

24 octobre. — Il existe un véritable plastron dans la fosse iliaque droite.

Opération (27 octobre). — Incision du cul-de-sac latéral droit; pas de

pus. Ponction de la masse avec le bistouri boutonné ; un peu de pus très fétide. Le doigt introduit a d'abord de la peine à trouver le chemin ouvert par le bistouri et doit s'aider d'une longue pince, qui lui sert de conducteur. Il pénètre ainsi, très profondément, dans une cavité d'où s'échappe un flot de pus. Cette poche a des parois lisses. Elle semble cependant présenter à sa partie profonde une portion dure, qui est peut-être la trompe. Lavage à l'eau bouillie. Deux gros drains.

Examen du pus. — Sur lamelles, pas de microbes ; cultures stériles.

Suites. — Simples. L'écoulement reste fétide jusqu'au 12 novembre. A cette date, on remplace les drains par une mèche.

20 novembre. — Suppuration tarie.

Sortie le 22 novembre. — Utérus mobile, induration légère au niveau de la cicatrice vaginale; absence complète de douleurs. *Revue* un an plus tard, en septembre 1897, la guérison se maintient parfaite.

Obs. IX. — H..., âgée de vingt-deux ans. Pas de passé pelvien. Malade depuis six semaines (souffre en urinant, pertes blanches).

Etat à l'entrée (1er mai 1896). — Assez bon état général. Pas de fièvre. Souffre du ventre, surtout à gauche.

Examen local. — Utérus mobile, peu volumineux. Cul-de-sac droit, rien. A gauche, masse entre l'utérus et la paroi du bassin, du volume d'une orange, rénitente, douloureuse, accolée à l'utérus, facilement accessible par le vagin qu'elle affleure sans le déprimer. Rien dans le cul-de-sac-postérieur.

Opération (5 mai). — Incision du vagin à l'union des culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Avec le bistouri boutonné introduit dans l'incision vaginale, on ouvre une première cavité, d'où s'écoule un flot de pus verdâtre. Le doigt pénètre dans une masse plus haut située, à parois tomenteuses, dans laquelle il reconnaît l'existence d'une petite cavité où le drain est placé.

Suites. — Bonnes et rapides. Le drain est supprimé le 12 mai.

Sortie le 18 mai. — Utérus mobile; rien à droite; à gauche on sent la cicatrice de l'incision, sans tuméfaction, ni douleur.

Obs. X. — M..., vingt-huit ans. Mère et sœur mortes tuberculeuses. Mal de Pott dans l'enfance. Début des accidents actuels, insidieux, à la suite d'une blennorrhagie (novembre 1895). Depuis, souffre du ventre.

Etat à l'entrée (3 février 1896). — État général médiocre. Léger état fébrile. Ventre tendu, douloureux à la pression. Cul-de-sac droit : grosse masse perceptible par le toucher et le palper combinés, semble à distance du vagin, un peu mobile, accolée à l'utérus qu'elle ne refoule pas, se prolonge un peu en arrière.

Rien à gauche.

Opération (10 février 1896). — Incision latéro-postérieure. Pas de pus. Le doigt, introduit dans la boutonnière vaginale, sent la collection plus haut située, dans laquelle on enfonce un bistouri boutonné. Issue d'une notable quantité de pus fétide.

Le doigt rencontre des parties dures, irrégulières, et plus haut, en

s'aidant du palper, une masse plus grosse, arrondie (trompe ou ovaire). La découverte de cette dernière masse donne à penser que la collection évacuée était péri-salpingienne. Deux gros drains. Lavage.

Examen du pus. — Lamelles, diplocoques. Cultures, staphylocoques blancs.

Suites. — Rapides et faciles. Suppression des drains le 19 février.

Sortie le 29 février. — L'écoulement purulent est insignifiant, les culs-de-sac sont libres. On ne sent plus la masse perçue lors de l'opération.

Revue en avril. — Ouverture vaginale fermée. On ne sent plus rien dans les culs-de-sac.

Obs. XI. — B..., vingt-neuf ans. Entrée le 6 avril 1896. — Il y a un an, blennorrhagie. Depuis, souffre du ventre; pertes blanches. — Il y a trois semaines, à la fin d'une période menstruelle, les douleurs devinrent beaucoup plus vives, obligeant la malade à s'aliter.

Etat à l'entrée. — Salpingite double évidente, surtout considérable à gauche; si bien que, M. Monod étant alors en congé, son collègue le remplaçant songe à pratiquer une hystérectomie vaginale, avec ablation des annexes. Il met cependant d'abord la malade au repos.

16 avril. — A son retour, M. Monod trouve la malade dans l'état suivant : col utérin entr'ouvert, corps gros, fixé.

A droite, la tuméfaction salpingienne a presque complètement disparu par le repos. A gauche, masse du volume du poing, doublant le cul-de-sac latéral gauche sans le déprimer, repoussant l'utérus à droite, dure, douloureuse, rénitente, sans fluctuation nette, légèrement mobile verticalement.

Cul-de-sac postérieur libre. — Légère ascension thermique le soir. Bon état général.

Opération (17 avril). — Incision du cul-de-sac latéral gauche. Le pus ne paraît pas aussitôt, bien que la paroi vaginale soit tranchée dans toute son épaisseur.

Il faut pénétrer plus profondément, en un second temps, avec le bistouri boutonné, par ponction, pour voir apparaître un peu de pus. Celui-ci ne sort avec abondance que lorsque le doigt, pénétrant plus loin, ouvre la véritable collection. On est alors dans une grande cavité latérale et postérieure à l'utérus, dans laquelle on sent un corps flottant qui est certainement l'ovaire, relativement sain. On n'a pas la notion nette de la trompe. — Gros drain.

Suites faciles. — L'écoulement est très peu considérable. Le drain est supprimé le 24 avril; l'écoulement était devenu insignifiant.

Sortie (4 mai). — On sent la trace de l'incision fermée, avec un peu d'induration à son niveau; mais le cul-de-sac est souple, l'utérus est mobile. Aucune douleur.

Obs. XII. — M..., vingt-neuf ans. Réglée à quatorze ans; règles toujours régulières. Mariée à vingt-cinq ans. Pas de grossesse. Ni fausse couche, ni retard. Il y a cinq ans, quelques douleurs abdominales, pertes blanches.

En octobre 1897, est prise assez brusquement de douleurs abdominales très vives, avec métrorrhagies abondantes pendant quinze jours. Entre à l'hôpital, d'où elle sort guérie au bout d'un mois.

En janvier 1898, les douleurs abdominales reparaissent à la suite d'une congestion pulmonaire. Rentre à l'hôpital (service de M. Siredey) le 11 février, d'où elle passe en chirurgie le 26 février.

Etat à l'entrée (26 février 1898). — Bon état général, mais douleurs très vives, spontanées et à la pression dans la fosse iliaque droite et le petit bassin. Pas de température.

Examen local. — Par le toucher, on trouve dans le cul-de-sac droit, une masse arrondie, globuleuse, bien sentie par le vagin, mais à distance, bien accessible aussi par le palper combiné; douloureuse au toucher, un peu mobile.

Cette masse pourrait être certainement et facilement enlevée par laparotomie. M. Monod, croyant à une ovaro-salpingite, probablement suppurée, préfère essayer de l'évacuer par le vagin.

Opération (27 février 1898) (en présence de M. le Dr Siredey qui nous a adressé la malade). — Incision du cul-de-sac droit à son point d'union avec le postérieur. Le vagin complètement incisé, il s'écoule de la sérosité très chargée de pus. Le doigt introduit dans cette ouverture perçoit une résistance, ce qui montre que la vraie collection, comme on le suppose, n'est pas encore ouverte. M. Monod procède, du reste, intentionnellement avec lenteur pour montrer à son collègue et aux élèves comment il comprend la lésion et le mode d'intervention. Le bistouri boutonné est enfoncé, le tranchant tourné du côté de l'utérus, dans la partie qui résiste, et qui n'est autre que la masse perçue par le toucher combiné. Un flot de vrai pus s'écoule aussitôt. Le doigt, glissé à travers ce second orifice, l'élargit et pénètre dans une cavité, qui paraît avoir les dimensions d'une petite orange, bien limitée, à surface tomenteuse avec brides, dans laquelle on fait pénétrer un gros drain.

Pas de lavage. Gaze iodoformée dans le vagin.

Suites. — Pansement tous les deux jours; l'écoulement purulent est peu abondant; le drain est raccourci et diminué de volume.

12 mars. — Quelques douleurs, à la suite desquelles un écoulement de pus plus considérable se produit, suivi d'un grand soulagement.

La malade rentre quelques jours après dans le service de M. Siredey. L'écoulement par le vagin est insignifiant.

Elle est *revue* en mai 1898. Etat local parfait. Utérus mobile. Culs-de-sac souples et mobiles.

Obs. XIII. — G..., vingt-cinq ans. Depuis cinq ans, métrite catarrhale. En septembre 1893, apparition brusque de douleurs dans le ventre, irradiant dans la cuisse gauche, avec fièvre. La malade entre dans un service de médecine, où on lui fait des injections vaginales. — En novembre 1893, elle est prise durant huit jours d'hémorrhagies avec caillots; le soir elle présente de la fièvre. Cet état symptomatique la décide à entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée (30 novembre 1893). — On constate que l'utérus est

immobilisé par une double salpingite. Le repos ne donne aucune amélioration. En décembre et janvier 1894, la malade présente plusieurs poussées fébriles, avec douleurs dans le ventre.

23 janvier 1894. — On constate sous chloroforme l'existence de deux masses latérales, se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur. Situées de chaque côté de l'utérus, elles le repoussent en avant et l'immobilisent. La masse gauche, la plus volumineuse, est grosse comme une orange; elle paraît un peu fluctuante. Le toucher de ce côté avait toujours été très douloureux.

Opération (23 janvier 1894). — Ponction, puis incision du cul-de-sac postérieur, donnant issue à un flot de pus non fétide. Le doigt pénètre dans une cavité. A gauche, attenant à la paroi de cette cavité, on sent une masse mollasse, dans laquelle le doigt ne parvient pas à pénétrer. On draine sans insister, et sans savoir par conséquent, si cette seconde masse, certainement constituée par l'annexe malade, est ou non suppurée.

Examen du pus. — Stérile.

Suites. — Guérison lente, la cavité s'évacuant mal.

En février, poussées fébriles avec cortège douloureux. Cet état symptomatique disparaît après dilatation du trajet et large drainage. Le 15 mars, on supprime les drains. Injections quotidiennes. La suppuration est insignifiante. Le 25 mars, les règles apparaissent normales, non douloureuses.

Sortie. — Le 2 avril.

La malade est *revue* en mai : culs-de-sac libres. *Accouchement normal*, en février 1897.

Obs. XIV. — D..., dix-neuf ans. Entrée le 9 novembre 1895. Ni accouchement, ni fausse couche. Règles un peu irrégulières (retards). Souffre du ventre depuis longtemps. Pertes blanches. Depuis six semaines, douleurs en urinant.

Le 17 octobre, entre en médecine avec des accidents abdominaux datant de quatre jours. On croit tout d'abord à une fièvre typhoïde. Au bout de quelques jours, on reconnaît, dans le ventre, l'existence d'une tuméfaction.

Le 5 novembre, passage en chirurgie.

État actuel. — Col utérin conique fermé. Utérus peu mobile. *Dans le cul-de-sac droit*, grosse masse, douloureuse au toucher et peut-être fluctuante, occupe le cul-de-sac antéro-latéral droit, sans le déprimer, refoulant l'utérus à gauche. Cette masse est beaucoup plus perceptible par le palper; elle remplit, en effet, tout le côté droit du ventre, et remonte presque jusqu'à l'ombilic. On ne sent rien à *gauche*. — Fièvre le soir : 39 à 40 degrés.

Opération (12 novembre). — Incision transversale du cul-de-sac latéral droit. Du pus sourd aussitôt, mais pas en grande abondance.

Le doigt introduit n'est pas dans une cavité. Il faut le pousser à fond pour atteindre une paroi haut située, qui, perforée, donne passage à un vrai flot de pus. En explorant cette poche, on sent une bride

transversale qui appartient sans doute à la trompe. — Lavage à l'eau bouillie. Deux gros drains.

Examen du pus. — Lamelles et cultures, stériles.

Suites. — Chute immédiate de la fièvre et disparition des douleurs. La poche revient lentement sur elle-même. Les drains ne peuvent être supprimés que le 31 décembre.

4 janvier. — Il n'y a plus guère de tuméfaction appréciable à droite ; mais l'ouverture n'est pas encore fermée et fournit encore un peu de pus. On reconnaît à *gauche*, par le toucher combiné, l'existence d'une grosse masse qui remplit tout le cul-de-sac gauche. Depuis quelques jours la malade se plaignait de souffrir à nouveau du ventre, à gauche surtout.

15 janvier. — La température tend à s'élever le soir. On reconnaît qu'il y a un peu de rétention dans la collection droite ouverte. La réintroduction d'un drain fait immédiatement tomber la fièvre.

17 février. — Suppression définitive du drain.

23 février. — Il n'y a plus rien à *droite* qu'un petit orifice donnant issue à quelques gouttes de pus ; mais à *gauche* il reste une masse mobile, indépendante de l'utérus, grosse encore comme une mandarine.

Sortie. — Le 27 février, en cet état.

Revue le 20 mars. — A droite, rien. A gauche, la tuméfaction a considérablement diminué. Il n'y a plus de tumeur appréciable ; mais seulement un peu d'empâtement au toucher. État général excellent.

b) *Complications* (4 cas).

Fistule stercorale (2 cas) ; hydrorrhée péritonéale (1 cas) ; fistule purulente (1 cas).

Obs. XV. — P..., trente-cinq ans. Il y a deux ans, métrite hémorrhagique ; curettage. Le 4 mai 1896, vers la fin des règles, douleurs abdominales assez intenses pour forcer la malade à prendre le lit, qu'elle n'a pas quitté depuis.

Entrée le 18 mai 1896. — Mauvais état général. Fièvre (38 degrés le soir). Douleur continue dans le bas-ventre, très intense, surtout au moment des mictions. — Examen local : col utérin normal, repoussé en avant, mais non collé contre le pubis ; corps normal, médian, ne dépassant pas la symphyse, immobilisé.

Dans le cul-de-sac gauche, masse volumineuse, très élevée, bien appréciable par le palper, de dureté fibreuse, sensible à la pression, empiétant sur le cul-de-sac postérieur, où elle rejoint la masse dans le cul-de-sac droit, masse moins volumineuse, moins élevée, plus accessible par le toucher que par le palper ; elle s'étend un peu vers le cul-de-sac postérieur.

Par le toucher rectal, on se rend bien compte de la situation de ces deux masses latérales, séparées en haut, réunies en bas ; l'utérus est situé entre elles, repoussé en avant, un peu mobile de haut en bas,

mais non transversalement. On perçoit enfin dans le cul-de-sac postérieur des parties dures, qui semblent des indurations de lymphangite péri-utérine.

Diagnostic et discussion du mode d'intervention. — Le diagnostic de salpingite avec péri-salpingite bilatérale, presque certainement suppurée, ne fait pas de doute.

Malgré la position élevée de la tumeur gauche, M. Monod ne croit pas devoir avoir recours à la laparotomie. L'affection est, en effet, relativement récente, franchement inflammatoire. Il semble qu'il soit possible d'en obtenir l'évacuation à moins de frais que par une laparotomie, qui serait nécessairement pénible, en raison de l'étendue des lésions et des adhérences qui existent certainement.

Même raisonnement, à peu de choses près, pour l'hystérectomie vaginale, qui serait peut-être moins dangereuse, qui est bien indiquée par la bilatéralité des lésions; à laquelle, au reste, on devra peut-être procéder séance tenante, suivant ce qu'enseignera l'incision exploratrice du cul-de-sac postérieur. M. Monod se décide donc à se contenter d'abord de celle-ci, tout en se tenant prêt à faire l'hystérectomie vaginale.

Opération (30 mai). — *Incision du cul-de-sac postérieur,* un peu plus longue que d'habitude. Le doigt pénètre dans des parties dures qui se laissent mal traverser. — *Exploration à droite :* De ce côté aussi, masses dures qui résistent au travail du doigt; on parvient cependant par dilacération dans une cavité haut située, d'où s'écoule du pus, peu abondant (ce pus, à l'examen bactériologique, est demeuré *stérile*). On sent à bout de doigt une bride transversale, qui représente assez bien une trompe épaissie. — *Exploration à gauche :* Même manœuvre et à peu près mêmes sensations; tissus durs qui se laissent difficilement déchirer, avec sensation d'une bride transversale haut située ; mais nulle part le doigt ne rencontre de cavité purulente à ouvrir; pas une goutte de pus ne s'écoule. — Gros drain garni de gaze iodoformée.

Suites. — 1er juin. Premier pansement; le drain est rempli de pus. 2 juin. Matières fécales dans le vagin. Il n'y en avait certainement pas trace la veille, la malade ayant cependant été à la selle dès le second jour. — Le pansement est refait chaque jour. — 7 juin. Dilatation anale; les matières recommencent à passer par l'anus. — Du 7 au 14 juin. Les matières passent de moins en moins par le vagin. — 14 juin. Il n'y a plus trace de matières dans le vagin, la fistule stercorale paraît fermée. Il n'a donc fallu pour cela que treize jours.

Sortie le 22 juin. — Utérus mobile. Légère induration au niveau de l'ouverture vaginale, qui est cicatrisée. Les deux culs-de-sac latéraux sont libres. — La malade n'a pas été revue.

Obs. XVI. — P..., trente-trois ans. Un an après un avortement, fait en 1890, apparition de douleurs dans le bas-ventre et de leucorrhée qui ont persisté depuis cette époque. A cinq reprises, dans l'espace de sept ans, poussées de pelvi-péritonite, avec maximum des douleurs à gauche. Réapparition d'accidents analogues le 31 octobre 1897.

Etat à l'entrée (4 novembre 1897). — Ventre ballonné et douloureux, surtout dans la région ombilicale et à gauche. Par le toucher et le palper combinés on sent une grosse masse, très douloureuse à la pression, occupant le cul-de-sac gauche, empiétant un peu dans le cul-de-sac postérieur, et remontant dans le ventre jusqu'au-dessus de la ligne bi-iliaque. Pas de plastron abdominal. Cul-de-sac droit libre. — Anorexie, constipation, langue saburrale, fièvre (38 degrés dans l'aisselle).

Traitement. — Injections vaginales, glace sur le ventre, morphine.

Les jours suivants, aggravation des douleurs, la fièvre augmente (38 à 39 degrés). La masse pelvienne semble s'accroître; le cul-de-sac gauche est de plus en plus effacé. Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont empâtés.

Opération (10 novembre). — Incision vaginale à l'union des culs-de-sac postérieur et gauche. Ponction de la masse avec un bistouri boutonné. Flot de pus phlegmoneux et fétide. Le doigt introduit dans la cavité ainsi ouverte, reconnaît l'existence d'une seconde poche qui a le volume d'un œuf et qui est située à la partie droite de la poche principale. La pression du doigt suffit à l'effondrer; nouveau flot de pus. On attire par l'incision vaginale cette seconde poche, qui est un pyosalpinx, et on la résèque après avoir mis un clamp sur son pédicule. Lavage à l'eau bouillie. On place deux gros drains dans la cavité.

Suites. — Disparition immédiate des douleurs. Chute de la fièvre, qui reparaît le second jour. Le pus prend bientôt une odeur fécaloïde. Le douzième jour, une fistule pyo-stercorale s'établit et laisse passer abondamment les gaz et les matières. Suppression des drains, injections vaginales fréquentes. — Le passage des matières fécales par le vagin devient de moins en moins abondant. L'état général s'améliore rapidement.

Sortie (18 décembre). — La fistule est à peu près tarie. Dans le cul-de-sac gauche on trouve encore une masse indurée, non douloureuse, du volume d'un œuf.

La malade est *revue* en avril 1898. La guérison est complète. Utérus mobile. Culs-de-sac souples. Très bon état péritonéal.

Obs. XVII. — G..., vingt ans. Entrée le 1er mai 1896. — Accouchement il y a un an. Depuis trois semaines, tous les signes d'une blennorrhagie (douleurs en urinant, leucorrhée verdâtre).

Souffre du ventre, surtout à gauche.

Toucher. — A droite, on sent l'ovaire gros comme une amande, pas douloureux. A gauche, grosse masse, repoussant l'utérus et allant jusqu'à la paroi du bassin, venant affleurer le cul-de-sac sans le déprimer; douloureuse au toucher; paraissant fluctuante.

Etat général médiocre. Mère morte tuberculeuse. Elle même, pleurésie il y a un an.

Opération (5 mai). — Incision du vagin à l'union des culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Dans cette incision, on insinue un bistouri boutonné que l'on pousse dans la direction de la masse sentie par le toucher combiné. On ouvre ainsi une cavité. Il s'écoule le long de l'ins-

trument un verre à bordeaux environ de pus, mélangé de sang, ou mieux, de sérosité sanguinolente très chargée de pus. L'orifice créé par le bistouri est agrandi avec le doigt; celui-ci pénètre dans un espace plutôt que dans une cavité; trop peu profond pour que l'on puisse y placer un drain, il faut se contenter d'y maintenir une mèche iodoformée. La masse, sentie par le toucher combiné avant l'opération, a en grande partie disparu.

Examen des liquides. — *Sur lamelles*, quelques gonocoques; *cultures*, stériles.

Suites immédiates. — Bonnes. Pansement tous les deux jours. Mais, dès le cinquième jour, la température tend à remonter (38 degrés).

23 mai. — On sent de nouveau dans le cul-de-sac gauche, une masse dure et douloureuse, dans laquelle on essaie en vain de pénétrer avec une sonde cannelée à travers l'incision précédemment faite et qui est déjà cicatrisée. Il faut une intervention nouvelle.

Deuxième opération (23 mai). — Une sonde cannelée puis le bistouri boutonné ne peuvent franchir la cicatrice vaginale. Il faut, avec un bistouri pointu, inciser de nouveau le vagin pour pénétrer dans la masse située au-dessus. Le pus apparaît en abondance.

Le doigt introduit pénètre dans une cavité à parois denses, au fond de laquelle il distingue un diverticule très haut situé, pourvu d'un petit orifice à bords mousses. M. Monod se demande s'il n'a pas franchi le diaphragme d'adhérences limitant en haut la cavité. Par prudence, il ne fait aucun lavage, et se contente de placer un drain garni de gaze iodoformée. L'impression est que, lors de la première opération, on n'a atteint qu'un foyer de péri-salpingite, tandis que cette fois c'est la poche salpingienne même qui a été ouverte.

Examen du pus. — *Lamelles* : diplocoque se colorant mal. *Cultures* : un micrococque dont la colonie ressemble au bacterium coli : n'a pas repoussé; reste indéterminé.

Suites. — Bonnes au point de vue de la suppuration pelvienne. Pansement tous les deux jours. Le pus va rapidement en diminuant de quantité. Mais il se produit un écoulement de plus en plus abondant d'un liquide aqueux que l'on prend d'abord pour de l'urine, mais que l'analyse démontre être purement séreux.

Ce cas est l'un de ceux qui ont été publiés ailleurs par M. Monod sous le titre d'*hydrorrhée péritonéale*.

Après des incidents divers, la malade n'est définitivement guérie qu'à la suite d'une laparotomie (mars 1897), au cours de laquelle on découvre une petite ouverture péritonéo-vaginale, qui est fermée par suture.

Cette dernière opération a permis de constater le parfait état de la séreuse péritonéale qui tapisse le petit bassin, et particulièrement à gauche, du côté de la collection opérée un an auparavant par incision du côté du sac.

Revue en 1898, bien portante.

Obs. XVIII. — P..., 30 ans. Accouchement normal en 1882; infection consécutive légère.

En 1888, apparaissent pour la première fois des méthrorragies se succédant à intervalles variés, obligeant la malade à séjourner dans divers hôpitaux. Ces pertes s'accompagnaient de douleurs vagues dans le bas-ventre. On crut à cette époque à l'existence d'un fibrome. Elle est soumise à l'électrisation par MM. Vigouroux et Apostoli.

En 1892, elle entre dans le service de M. Hayem, présentant des accidents de pelvi-péritonite.

Trois mois après, elle passe en chirurgie dans le service de M. Monod (avril 1892.)

Etat à l'entrée. — Femme amaigrie. Exploration rendue difficile par les douleurs. On constate cependant l'existence d'une masse prédominant à droite, plongeant en arrière de l'utérus, très accessible par le toucher dans le cul-de-sac postérieur.

Opération (22 avril 1892). — Incision du cul-de-sac postérieur. Flot de pus fétide. Le doigt introduit pénètre dans une cavité dont il n'atteint pas la limite supérieure. En explorant cette cavité, on reconnaît l'utérus un peu porté à gauche, et, vers son bord gauche, les annexes correspondantes qui ne semblent pas malades. A droite, au contraire, on découvre une masse arrondie, que la main, appliquée sur la paroi abdominale, peut refouler vers le doigt vaginal. Poussant celui-ci à fond vers cette masse, dans laquelle il essaie de pénétrer par effraction, M. Monod ouvre ainsi une nouvelle collection, d'où s'écoule une nouvelle quantité de pus très fétide. Le fond de cette poche est au moins à 10 centimètres du vagin (à bout de doigt). Lavage, et drain garni de gaze iodoformée.

Suites. — Amélioration lente. Un bout de quelques jours, on constate que la malade rend du pus avec les selles. La cavité purulente s'est donc mise en communication avec le rectum.

La malade sort sur sa demande au bout de six semaines. A ce moment, le drainage était supprimé, mais l'ouverture n'était pas fermée, et fournissait encore un peu de pus.

Du pus sortait encore par l'anus.

Revue en janvier 1893. — Bon état général. La malade se considère comme guérie. L'orifice d'incision est fermé, et il n'y a pas de pus dans les selles. On sent encore dans le vagin des parties dures, non douloureuses, que l'on suppose être des masses cicatricielles. L'utérus est mobile.

Février 1894. — La malade rentre dans le service, se plaignant de souffrir au moment des règles, qui sont trop abondantes. Pertes blanches. Il y a un mois, s'est produite une nouvelle poussée douloureuse dans le bas-ventre, avec fièvre. Au toucher, on sent à droite une masse volumineuse, arrondie, dure, un peu douloureuse, à peine perceptible par le palper combiné. A gauche, tuméfaction plus petite. L'utérus est immobilisé. Il mesure 7 centimètres 1/2.

21 mars, curettage.

26 mars, sort de nouveau, sur sa demande; restera couchée chez elle jusqu'aux prochaines règles.

11 avril, les règles sont venues normalement moins prolongées et

moins abondantes. Lgrosse masse droite a considérablement diminué de volume, elle a celui d'une mandarine à peine. A gauche, la petite tuméfaction ne s'est guère modifiée.

Juillet 1896. — Bien réglée, souffre toujours pendant les règles. L'utérus est gros, immobilisé. Les culs-de-sac, particulièrement le gauche, sont durs, rénitents, mais non douloureux (lymphangite péri-utérine).

Pas de tuméfaction appréciable par le palper combiné.

Février 1897. — La malade revient nous voir pour des douleurs d'estomac, qu'elle croit devoir attribuer à un cancer. Elle ne se plaint plus du ventre. Règles régulières.

L'utérus est relativement mobile. A droite rien; à gauche, masse mollasse, non douloureuse.

Novembre 1897. — Elle se croit enceinte. Les culs-de-sac droit et gauche sont souples, non douloureux. Tout le segment inférieur de l'utérus est gros.

Revue en 1898. — Bien portante, culs-de-sac libres. L'utérus reste gros.

c) *Insuccès thérapeutiques* (2 cas).

Obs. XIX. — M..., trente-sept ans. Début des accidents en 1885, neuf mois après les dernières couches, par des douleurs aiguës, siégeant dans le flanc gauche et les lombes. Pas de leucorrhée, ni de métrorrhagie. La malade a été toujours régulièrement réglée.

De 1885 à 1893, l'état est demeuré stationnaire, sans aggravation, ni amélioration. Mais vers la fin de mars 1893, la malade est prise de douleurs très vives, qui nécessitent son entrée à l'hôpital.

Etat à l'entrée (7 avril 1893). — On constate par le toucher et le palper combinés l'existence d'une masse siégeant dans le cul-de-sac postérieur, très douloureuse au toucher, rénitente, non fluctuante. L'utérus est repoussé en avant. Température : 38°,5 à 40 degrés.

Opération (13 avril 1893). — Ponction, puis incision du cul-de-sac postérieur, donnant issue à un demi-verre de pus. Le doigt pénètre dans une cavité peu considérable, siégeant en arrière de l'utérus, traversée de brides. A droite, on sent un ovaire sain. A gauche, le doigt touche une masse arrondie, grosse comme une mandarine, nettement perçue par le palper bi-manuel.

Le foyer de péri-salpingite étant largement ouvert, on laisse en place la trompe.

Suites. — Les drains sont enlevés au bout de huit jours. Le foyer se comble sans accidents, et la malade quitte le service le 15 mai 1893.

Etat à la sortie. — La malade ne souffre plus, mais elle conserve la petite tumeur salpingienne gauche, qui ne s'est guère modifiée. On l'engage à revenir. Elle n'a pas été revue.

Obs. XX. — G..., vingt-six ans. Réglée à dix-sept ans, toujours régulièrement. Accouchée en décembre 1896. Depuis lors, pertes blanches avec quelques douleurs de ventre. En janvier 1898, les souffrances ont

notablement augmenté, bas-ventre et reins, à gauche, plus qu'à droite. Un peu de fièvre.

Etat à l'entrée (11 février 1898). — Au toucher : masse gauche assez volumineuse, qui se prolonge en arrière, et bombe un peu à côté du col.

Première opération (14 février). — Incision du cul-de-sac gauche, par M. Cottet, interne de service. Flot de pus. Gros drain.

Suites. — Normales. Pansement tous les deux jours. L'écoulement diminue peu à peu, puis cesse, et l'ouverture se ferme.

5 mars. — A son retour dans le service, M. Monod constate qu'il existe du côté opéré une masse ovoïde, du volume d'une petite orange, douloureuse à la pression, relativement mobile, paraissant fluctuante évidemment située dans les annexes du côté gauche. Il conclut de là que, lors de l'opération précédente, le pus contenu dans le péritoine autour de la trompe malade a été seul évacué ; que le foyer ovaro-salpingien a été respecté. Il songe à aller à la recherche de celui-ci à travers l'incision vaginale déjà faite et qui est actuellement fermée.

12 mars. — Les règles étant survenues, il a fallu attendre. L'examen de la malade, possible de nouveau aujourd'hui, ne donne plus exactement le même résultat qu'il y a huit jours. La masse gauche semble moins considérable, moins fluctuante, moins mobile. De plus, on constate nettement, à droite, l'existence d'une petite tuméfaction du volume d'une noix, qui ne peut être autre que la trompe droite, elle aussi malade.

En raison de cette bilatéralité des lésions et de l'insuccès relatif de la première intervention, M. Monod préfère avoir recours à une laparotomie.

Deuxième opération (15 mars 1898). — La trompe droite est facilement amenée dans la plaie et enlevée ; salpingite parenchymateuse, sans pus. A gauche, l'extraction de la trompe est un peu plus laborieuse, elle cède sous la traction, et est enlevée en deux fragments. Au lieu qu'elle occupait, répond un espace cavitaire qui n'existait pas de l'autre côté ; le doigt d'un aide introduit dans le vagin, jusque sur la cicatrice de l'incision du cul-de-sac précédemment faite, soulève le fond de cette cavité. Celle-ci est en arrière du ligament large, tendu, absolument intact au-devant d'elle. C'est en ce point que devait se trouver la collection ouverte lors de la première intervention. De ce côté (gauche), la trompe est le siège de petits foyers purulents.

Remarques. — Ce fait démontre, me semble-t-il, comme j'ai essayé de l'établir plus haut, l'existence possible d'une double collection siégeant l'une dans la trompe, l'autre dans le voisinage de celle-ci, et la nécessité de ne pas se contenter d'ouvrir la collection péri-salpingienne, mais de pénétrer jusque dans le foyer salpingien.

Accessoirement, il donne aussi l'explication de la disparition de certaines lésions salpingiennes bilatérales, alors cependant que l'on n'est intervenu que d'un seul côté. La salpingite droite était ici non suppurée ; sa guérison par résolution n'était pas impossible, et fût sans doute survenue, si l'opération, pratiquée plus complètement à gauche, avait donné le résultat que l'on était en droit d'en attendre.

d) *Mort* (1 cas).

Obs. XXI. — C..., vingt-huit ans (1), accouchement normal le 3 septembre 1896. Infection utérine à la suite, pour laquelle elle est soignée dans un service de médecine (glace sur le ventre, injections intra-utérines).

Etat à l'entrée (23 septembre 1896). — Etat général mauvais. Fièvre, diarrhée abondante, douleurs abdominales, métrorrhagies.

Au toucher : col utérin collé contre le pubis, déchiré, admettant la pulpe du doigt.

Corps utérin repoussé en avant, très gros, dépasse le pubis de trois à quatre travers de doigt. Dans le cul-de-sac postérieur, tuméfaction rénitente qui le remplit complètement. Il est impossible de la délimiter supérieurement en raison du volume de l'utérus. Rien d'appréciable à droite. Dans le cul-de-sac gauche, induration qui se continue avec une tuméfaction qu'on sent dans la fosse iliaque gauche, dépassant l'arcade fémorale de trois travers de doigt, encore profonde, séparée de l'utérus par un sillon peu accusé. La paroi abdominale est normale dans cette région, non œdématiée; la peau n'est pas rouge.

Intervention (23 septembre). — 1° Le curettage de l'utérus ramène de véritables lambeaux de muqueuse ramollie. Injection intra-utérine.

2° Ouverture transversale du cul-de-sac postérieur, puis du péritoine avec le doigt. La collection rétro-utérine ne renferme que du liquide citrin d'abord, puis du pus s'écoule, provenant probablement d'une seconde poche, ouverte par le doigt qui examine les parois de la première.

En passant par la poche rétro-utérine, le doigt se dirige à gauche et effondre progressivement et péniblement la masse dure qui se trouve de ce côté. On creuse ainsi deux tunnels dans cette masse. On ne trouve nulle part trace de collection, en ce point. Un très gros drain est mis dans chaque tunnel; un drain dans l'utérus.

Bactériologie du pus. — Bacterium coli.

Suites. — Bonnes pendant les huit premiers mois. Le 28 septembre, on trouve dans le vagin un des gros drains expulsé. On le réintroduit ; mais on enlève le drain utérin. L'état général se relève; la malade s'alimente.

1er octobre. — Ventre très ballonné. La diarrhée reparaît. Les drains sont expulsés; on n'en introduit qu'un avec difficulté et peu profondément. Le soir, la température monte à 39° ; jusqu'au 7 octobre, elle atteindra 38° le soir.

Les jours suivants, le ventre se ballonne de plus en plus, et est douloureux, la diarrhée persiste malgré l'opium et le bismuth. La malade maigrit et s'affaiblit. Pas de vomissements.

Vers le 10 octobre, se produit une amélioration sensible, qui est de courte durée.

(1) Mention a déjà été faite de cette observation dans une séance précédente (23 mars 1898) à propos des perforations de l'intestin de cause inconnue.

19 octobre. — Les symptômes précédents persistent. Autour de l'utérus n'existe qu'une induration indolore. Apyrexie complète.

Après une nouvelle amélioration passagère, l'état général s'affaiblit rapidement. Le 25 octobre, on constate de la matité dans la fosse iliaque droite. Le 26, la malade absorbe une grande quantité de rhum et meurt le 27 au matin.

Autopsie. — Cavité péritonéale remplie d'une liquide louche. Perforation intestinale, du volume d'une tête d'épingle, sur le côlon transverse près de l'angle qu'il forme avec le côlon descendant. L'intestin étant ouvert, on constate qu'à ce niveau, et sur une étendue de 5 à 6 centimètres, la muqueuse présente de nombreuses et grandes ulcérations à fond grisâtre, mais sans rougeur de la muqueuse, ni épaisisssement des parois.

L'utérus est un peu dévié à gauche. Les annexes droites sont saines. Le cul-de-sac de Douglas est libre. A gauche, les annexes sont confondues en une seule masse épaisse de 2 à 3 centimètres, dont la coupe est blanc grisâtre ; il n'existe aucune trace de pus dans cette masse.

2. *Collections suppurées bilatérales.* (4 cas, 2 morts).

Obs. XXII. — L..., trente ans, Accouchement il y a un mois et demi et huit jours après, fièvre. Depuis lors, la malade est alitée.

État à l'entrée (6 mai 1896). — Mauvais état général. Fièvre à ascensions vespérales. Douleurs généralisées à tout le ventre. Col utérin entr'ouvert, dur ; corps immobilisé, médian. A droite, grosse masse tangente à l'utérus faisant corps avec lui, comblant le cul-de-sac latéral, et empiétant un peu sur l'antérieur et sur le postérieur, douloureuse à la pression, dure, ne formant pas cependant le véritable mur du phlegmon, un peu mobile de bas en haut. A gauche, masse du volume d'une mandarine, accolée à l'utérus, située à distance du vagin, relativement mobile.

Opération (7 mai). — Incision du cul-de-sac latéral droit à son union avec le postérieur.

Du pus s'écoule aussitôt, en quantité peu considérable, une à deux cuillerées à bouche environ, moins qu'on ne pouvait s'y attendre, étant donné le volume de la tuméfaction. On suppose qu'il doit exister une autre collection plus haut située. Le doigt, à la recherche de cette collection, pénètre d'abord dans la cavité d'où ce pus s'est écoulé. Cette poche n'est pas considérable ; le doigt est bientôt arrêté par une masse solide dans laquelle il ne pénètre qu'avec peine et par dilacération, sans donner issue à une nouvelle quantité de pus. L'espace ainsi créé dans cette masse dure est cependant assez grand pour qu'on puisse y placer et y maintenir un drain.

Examen du pus. — Streptocoques sur lamelles et sur cultures.

Suites. — La température reste élevée le soir. Langue sèche, rôtie ; un petit abcès se forme dans l'épaisseur même du col ; il est ouvert le 11 mai. Il sort aussi du pus par le col (métrite purulente). La cavité

droite se vide bien ; mais la masse gauche a augmenté de volume ; elle devient plus accessible par le cul-de-sac et semble fluctuante.

16 mai. — *Incision du cul-de-sac gauche.* — Pas de pus. Le doigt rencontre une masse solide dans laquelle il ne peut pénétrer. L'espace créé par le doigt n'est pas suffisant pour y placer un drain. On se contente de le tamponner avec la gaze iodoformée, d'autant que la tranche vaginable saigne beaucoup. Quatre pinces à demeure.

18 mai. — La gaze iodoformée est remplacée par un drain.

20 mai. — L'état général s'améliore. Les drains fonctionnent bien.

1er juin. — La température est revenue à la normale, mais la langue reste sèche. Ecoulement de pus abondant par les deux drains.

7 juin. — L'état général est bon. La langue n'est pas sèche. La malade mange bien. Apyrexie. L'utérus se mobilise. Il n'y a pas de tuméfaction appréciable dans le cul-de-sac, mais un peu d'empâtement au niveau des incisions. Suppression des drains.

Sortie (13 juin). — L'utérus est mobile, les deux culs-de-sac libres. On sent, au toucher, les deux orifices presque complètement fermés, et, derrière, une légère induration profonde, cicatricielle.

Obs. XXIII. — E..., quarante-cinq ans. Entrée le 3 février 1897. Pas autre chose à noter dans les antécédents que des règles, depuis trois ans, plus abondantes et plus fréquentes. Il y a huit jours, la malade est prise brusquement de vomissements verdâtres avec fièvre (39 degrés), sans douleurs de ventre.

État à l'entrée. — État général grave. Température oscille entre 39 degrés et 41 degrés. Frissons. Langue blanche. Subdélire. Pas de distension du ventre. Toucher : à droite, tumeur nettement latérale, très accessible, mais ne déprimant pas cependant le vagin ; dure, non fluctuante, peu douloureuse à la pression ; elle ne se prolonge pas dans le cul-de-sac postérieur. Très perceptible aussi par le palper combiné ; du volume d'une grosse orange. L'utérus paraît dévié à gauche. Rien d'appréciable à un premier examen dans les annexes gauches.

Examen sous chloroforme (6 février). — On se rend compte que la masse gauche, que l'on avait prise pour l'utérus refoulé, est une tumeur arrondie, située au-dessus et à gauche du fond de l'utérus, relativement mobile transversalement ; ces mouvements ne sont pas transmis à l'utérus.

Opération (6 février). — Incision du cul-de-sac latéral droit, transversale, à la limite du cul-de-sac postérieur. Un bistouri boutonné, glissé dans l'ouverture vaginale, ouvre une collection d'où s'échappe un flot de pus fétide.

Le doigt introduit pénètre dans une grande cavité au plafond de laquelle il sent des inégalités qui sont peut-être dans la trompe ou dans l'ovaire. Cette cavité s'étend derrière l'utérus. En portant le doigt de ce côté, M. Monod atteint la tumeur de gauche qu'il peut saisir et sentir, entre le doigt et la main appliquée sur la paroi abdominale. Supposant que cette seconde tuméfaction contient aussi du pus, il essaie de la perforer avec un trocart. Il ne vient d'abord pas de pus ; ce n'est qu'ul-

térieurement, au moment de l'introduction du drain, qu'un nouveau flot de pus s'écoule, qui doit évidemment venir de la masse gauche, ou du moins, d'une partie de celle-ci. Il est facile, en effet, de se rendre compte, par le toucher combiné, que, après l'écoulement de cette nouvelle quantité de pus, cette masse a diminué de volume, mais ne s'est pas complètement affaissée. M. Monod croit que, de ce côté, il a ouvert un foyer péri-salpingien sans atteindre le foyer salpingien lui-même.

Suites. — Chute immédiate de la fièvre. Écoulement abondant, fièvre pendant les premiers jours. Le 15 février, expulsion spontanée du drain. Il est réintroduit. L'écoulement est moins fétide et moins abondant. La tumeur gauche persiste, mais moins volumineuse qu'avant l'intervention.

Sortie le 28 mars. — L'écoulement a été progressivement en diminuant. Suppression du drain, le 21 mars. La tumeur gauche persiste, un peu douloureuse au toucher. Très bon état général.

Revue le 1er mai. — Bien portante, ne souffre plus. A droite, il s'écoule encore quelques gouttes de pus. A gauche, la tuméfaction a considérablement diminué de volume; elle est petite, flasque, non douloureuse.

Obs. XXIV. — V..., vingt-huit ans. Entrée le 10 juin 1895, malade depuis deux mois, avait été soignée en ville pour une fièvre typhoïde (?), à la suite de laquelle s'est développée une tuméfaction dans le ventre, sur lequel on a appliqué une série de vésicatoires.

État à l'entrée. — État général mauvais. Pâleur. Maigreur. Pouls fréquent. Température : 38°,9.

Examen local. — Douleur à la pression dans tout le bas-ventre, aucune tuméfaction perceptible. Utérus gros, immobilisé. De chaque côté de l'utérus, masse volumineuse, douloureuse à la pression, plus considérable à gauche (grosse orange).

En raison de la bilatéralité des lésions, qui paraissent d'origine salpingienne, on se propose de faire l'hystérectomie vaginale avec ouverture ou ablation des masses péri-utérines. On décide cependant de procéder auparavant à la large ouverture du cul-de-sac postérieur.

Opération (13 juin). — Incision du cul-de-sac de Douglas. Il s'écoule aussitôt un flot de pus, infect, jaunâtre, fécaloïde de couleur et d'odeur, au point que M. Monod se demande s'il n'a pas ouvert le rectum. Un doigt est introduit dans l'anus et s'assure que la cloison recto-vaginale est intacte. Le pus sort d'une vaste cavité rétro-utérine, qui s'étend de chaque côté de l'utérus, et paraît limitée en haut par des adhérences. Les masses senties par le palper avant l'opération paraissent affaissées.

En présence de cette constatation, et surtout de la nature du liquide écoulé, qui permet de croire à une perforation de l'intestin, on renonce à pousser l'intervention plus loin. On se contente de placer deux gros drains dans la cavité. Lavages antiseptiques.

Suites. — L'état général reste mauvais. Lavages deux fois par jour. L'écoulement continue abondant; il est franchement fécaloïde.

La malade s'affaiblit. Subdélire.

Mort le 22 juin.

Autopsie. — Double salpingite tuberculeuse, ancienne, suppurée. Tuberculose péritonéale. Vaste abcès enkysté dans le péritoine, remontant à droite jusque sous le foie, dans lequel s'ouvre une anse d'intestin grêle.

Obs. XXV. — G..., trente-deux ans. Entrée le 22 avril 1896.

Il y a treize mois, douleurs dans le ventre et rétention d'urine ayant nécessité plusieurs fois le cathétérisme pendant trois mois. Il y a trois mois, la malade est obligée de s'aliter. Pleurésie droite (?); douleurs abdominales; péritonite (?.) Un médecin appelé porte le diagnostic de fibrome (?). Il y a deux mois, interruption des règles, qui reparaissent le 4 avril, abondantes, sans caillots.

État à l'entrée. — État général mauvais. Fièvre. Col utérin contre la symphyse. Utérus immobilisé. Cul-de-sac postérieur occupé par une masse dure, qui s'étend transversalement dans toute son étendue. Dans le cul-de-sac droit, autre masse de la grosseur d'une tête de fœtus, très perceptible par le palper; elle remonte, en effet, à mi-chemin de l'ombilic; semble fluctuante. Dans le cul-de-sac gauche, troisième masse, moins volumineuse, peu dure, rénitente. Les deux masses latérales se rejoignent sur la ligne médiane, ce qui fait que tout le petit bassin paraît rempli.

Opération (23 avril 1896). — Incision du cul-de-sac postérieur. Flot de pus fétide.

Deux gros drains. Lavages.

Suites.— Bonnes les premiers jours.

25 avril. — Premier pansement. Il s'écoule encore du pus en abondance. Lavages. Drains enlevés et remis.

5 mai. — La température qui s'était abaissée, remonte. On explore la cavité avec le doigt pour s'assurer qu'il n'y a plus de rétention. On découvre ainsi une nouvelle grosse masse fluctuante qui, par le palper combiné, semble grosse comme un tête de fœtus. Cette nouvelle collection est incisée au bistouri; il s'est écoulé un nouveau flot de pus dans cette cavité et lavage.

Il était donc évident que, lors de la première intervention, on n'a ouvert qu'une péri-salpingite suppurée, que cette fois on a atteint le foyer salpingien.

Il était malheureusement trop tard. La température tombe, mais l'infection continue. État général grave, subdélire.

Le 12 mai, la malade est emmenée chez elle, mourante, par sa famille.

M. Routier. — Dans la discussion qui a déjà eu lieu ici sur l'incision vaginale comme moyen de traitement des suppurations pelviennes, j'étais arrivé à des conclusions à peu près analogues à celles de M. Monod et j'apportais de 120 à 150 observations.

Si nous n'avions pas autant insisté sur l'anatomie pathologique

de ces suppurations, sur l'abcès du cul-de-sac de Douglas qu'on ouvre par l'incision rétro-utérine et sur la poche plus haute, ovarique ou salpingienne, qu'il faut ouvrir à part, nous les connaissions, et bien souvent il m'est arrivé de les montrer à mes élèves; c'est la confirmation du pyo-salpinx et de la pelvipéritonite concomitante.

Bien souvent, ce n'est pas une poche purulente qu'on ouvre en premier lieu, c'est une collection séreuse, une de ces péritonites séreuses enkystées si fréquentes autour des lésions mêmes suppurées des annexes.

Il ne faut jamais s'arrêter à l'ouverture rétro-utérine simple; quand on a évacué le pus ou la sérosité, il faut pratiquer le toucher à travers la boutonnière rétro-utérine, et avec la main gauche placée sur le ventre, faire descendre au besoin les parties annexielles si elles existent, qu'elles soient uni ou bilatérales; je ne saurais voir dans l'unilatéralité des lésions une indication quelconque. On évitera ainsi à coup sûr de laisser dans le ventre des poches non ouvertes.

Comme M. Monod, j'ai bien sonvent rencontré de ces abcès dont les parois sont épaisses et dures, de telle façon qu'on croit avoir affaire à un fibrome; mais quand on a un peu d'expérience de ce genre de lésions, on sait bien passer outre et ouvrir ces abcès.

Il arrive quelquefois, en effet, qu'à la suite de l'ouverture de ces abcès, le troisième ou quatrième jour, quelquefois plus tard, on voit couler de la matière stercorale; tantôt, ces fistules guérissent seules et après quelques pansements; tantôt il faut, pour les tarir, faire une opération secondaire qui, dans ces cas, me paraît devoir être l'hystérectomie vaginale.

Dans le cas où par l'incision rétro-utérine la guérison n'est pas obtenue, il faut encore recourir à l'hystérectomie vaginale. Bien souvent, du reste, il m'arrive pour ces cas de pyo-salpinx d'opérer en deux temps, car, quoi qu'on en ait dit, je considère l'hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx comme une opération grave, et plus grave que la laparotomie. Pour éviter les accidents de septicémie plus fréquents, je crois, qu'on ne semble le dire, j'ai pour habitude, si pour une raison quelconque j'adopte la voie vaginale, de faire d'abord par l'incision rétro-utérine l'évacuation des poches, et plus tard je pratique l'hystérectomie s'il y a lieu.

J'en dirai autant pour les cas où les suppurations pelviennes s'accompagnent de fibrome ou de tumeur.

Il m'est arrivé, par erreur de diagnostic, d'évacuer par l'incision rétro-utérine des kystes de l'ovaire tordus sur leur pédicule ou suppurés; bien que j'aie obtenu un bon résultat, je ne conseille pas cette méthode.

Je m'élève, en outre, comme je l'ai déjà fait à maintes reprises, contre l'habitude que prennent quelques auteurs d'appeler l'ouverture vaginale la méthode de Laroyenne. La méthode, si méthode il y a, consiste dans l'emploi d'une instrumentation spéciale, l'usage d'un trocart que je considère comme détestable et fort peu chirurgical.

S'il y a abcès du cul de sac de Douglas ou des annexes et s'il est franchement pelvien, il n'y a pas de meilleure méthode à employer que l'incision avec le bistouri, après avoir fixé l'utérus et en se guidant avec le doigt.

Cette opération est très bonne, sans gravité, et peut tout au plus n'être pas suffisante, mais on le sait, et l'hystérectomie vaginale, si elle est nécessaire, est certainement moins grave, quand elle est pratiquée après l'évacuation des poches purulentes.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Présentations de malade.

Tétanos traumatique, amputation de jambe; injections de sérum antitétanique, guérison.

M. Quénu. — Le 9 octobre 1897, soir, M. G..., camionneur, âgé de trente-sept ans, a été renversé, et sa voiture chargée de 5,000 kilogrammes lui passa sur le pied droit. Transporté à l'hôpital Cochin il fut pansé et nettoyé par l'interne de garde. Je ne vis le malade que le surlendemain lundi, 11 octobre, et constatai l'existence de trois plaies principales, l'une sur la face dorsale du pied, de 5 à 6 centimètres de long, à bords mâchés, anfractueux suppurant abondamment, teinte livide autour de la plaie, odeur nauséabonde.

Une deuxième plaie, en avant de la précédente, occupe le premier espace inter-osseux, et ouvre l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

La peau est décollée, rouge; il est évident que la roue de voiture a passé le long du pied sans le traverser, et n'a intéressé que les parties molles.

L'état général est mauvais; la face est injectée, la langue saburrale, le malade prostré. Température, 38°,1.

La plaie est nettoyée, débridée, et baignée dans le sublimé.

Les pansements réguliers et la désinfection quotidienne n'ayant pas réussi à améliorer l'état local, je conseille le 15 octobre de

cautériser au thermo-cautère les bords et la profondeur de la plaie ; contre-ouverture à la face plantaire.

Le 20 octobre, le malade éprouve quelques difficultés à ouvrir la bouche, nous constatons nettement l'existence d'un trismus caractérisé, la température est de 37°,2 le matin, 38°,4 le soir.

Immédiatement on fait à la cuisse une injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique, morphine et chloral le soir (4 gr.).

Le 21 octobre, la température reste basse, mais la contracture a gagné les muscles de la nuque et du dos.

Le 23 octobre, les contractures s'étant encore étendues, je fais pratiquer par mon interne M. Baudet une amputation circulaire de la jambe.

Nouvelle injection de sérum antitétanique.

Le 24 octobre, la température s'élève le matin à 40 degrés, le soir à 40°,6.

Le lendemain, elle est à 39 degrés le soir, 38°,9 le matin, puis s'abaisse définitivement au-dessous de 38 degrés.

On dut maintenir la plaie d'amputation ouverte à cause de l'infection qui s'y manifesta dès le début.

Le 25 octobre, injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique; injection de 1 litre de sérum artificiel.

Les 27, 28, 29, 30 et 31 octobre, on renouvelle les injections antitétaniques tantôt à la cuisse droite, tantôt à la cuisse gauche. Pendant les huit premiers jours qui ont suivi l'opération, chaque pansement déterminait quelques secousses cloniques dans le membre amputé.

Le 30 octobre, les contractures tétaniques n'ont pas diminué, elles continuent à occuper la face, les mâchoires, le cou et la plus grande partie du tronc. Le malade commence seulement à sortir de son état d'hébétude.

Le 10 novembre, la raideur du cou et du tronc a disparu, le trismus et la contracture des muscles de la face persistent; ce n'est que le 22 novembre, soit un mois après l'amputation, que le malade peut ouvrir facilement la bouche et mâcher ses aliments.

La suppuration du moignon d'amputation persiste au moment de la sortie de l'hôpital, le 15 décembre; il est probable qu'il y aura lieu de réséquer un fragment de péroné.

Cependant, dès le commencement de janvier 1898, l'amputé marche sur un pilon et reprend ses occupations.

Nous le revoyons le 4 mai, à l'occasion d'un raccommodage d'appareil.

Nous présentons ce malade comme un cas de guérison par le traitement opératoire, aidé peut-être des injections de sérum antitétanique. Nous regrettons que ces dernières n'aient pas été faites

à titre prophylactique. Actuellement, tout blessé, dont la plaie a été souillée par de la terre, reçoit dès son entrée dans notre service une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique.

Je remarque encore la tardive disparition des contractures chez ce blessé, en l'opposant à la disparition plus rapide, observée par Roux et Borrel, chez les animaux (1), et je demande à mes collègues quel est le résultat de leurs observations, relativement à l'époque de disparition des contractures chez leurs tétaniques guéris.

M. SCHWARTZ. — L'hôpital Cochin a un peu la spécialité des tétaniques, spécialité qui doit tenir au voisinage des champignonnières d'Arcueil : c'est ainsi que j'en ai pu relever sept cas. Un de ces tétaniques avait une plaie de tête comme celui de M. Quénu : il eut le tétanos, un tétanos qui dura six jours : chez lui, nous eûmes à constater à la suite, une contraction des muscles de l'abdomen qui devinrent durs comme une planche. Cette contracture dura dix semaines, presque deux à trois mois, et le força à rentrer à l'hôpital. Il a d'ailleurs fort bien guéri. J'ajoute qu'il y a deux ans je ne faisais pas d'injection préventive; à l'heure actuelle, j'en fais très facilement, pour peu que j'aie quelques craintes, et je les fais à la dose de dix à vingt centimètres cubes.

M. TUFFIER. — Les tétanos qui guérissent laissent en effet très longtemps subsister des contractures; j'en ai vu chez Verneuil soignés pendant des mois; j'ai essayé également les injections après le début du tétanos, et je n'ai eu de guérisons dans ces cas, que pour ceux qui auraient guéri par le chloral et la morphine.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Ce qu'on vient de dire concorde avec l'opinion de Nocard, qui dit que le sérum est prophylactique mais non curatif. Dans les tétanos à forme lente, peut-être l'injection peut aider à la guérison, en empêchant l'accumulation des toxines. J'ai vu un malade qui avait été saturé par le chloral pendant les premières quarante-huit heures, il avait une contracture de tous les intercostaux et paraissait devoir succomber. On lui fit du sérum, qui modifia son état, et le sérum parut dans ce cas avoir eu une action favorable. Ce n'était pas un cas suraigu puisque l'affection durait déjà depuis quarante-huit heures, mais on ne pouvait pas non plus le ranger parmi les cas chroniques.

La durée de la contracture chez ce malade a été très longue;

(1) Roux et Borrel. *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1898.

il avait encore des contractures à la nuque, après plusieurs semaines.

Il ressort de tout cela qu'il ne faut pas se décourager, en ce qui concerne le sérum antitétanique : pour son emploi il n'existe pas de contre-indications, si on ne guérit pas sûrement, en s'en servant, on a un peu plus de chances de succès. Je dois ajouter, que j'ai eu l'occasion de voir un autre cas, où on a fait des injections antitétaniques inutilement; je ne me fais donc pas d'illusions sur son efficacité, mais je crois tout de même bon de l'employer.

M. Bazy. — Je suis heureux de constater que l'idée de faire des injections préventives de sérum antitétanique, que j'avais émise ici même et qui avait été quelque peu combattue, recrute des partisans. Je rappellerai, que j'avais fait ces injections préventives, après avoir vu quatre cas de tétanos dans mon service à Bicêtre.— Depuis je n'en avais plus vu. De même à Tenon, en faisant des injections je n'ai pas eu de cas. A Saint-Louis, au moment du changement d'internes et d'externes, j'oubliai de signaler ce point de pratique aux nouveaux-venus ; j'oubliai cette précaution, et j'ai eu dernièrement à déplorer un cas de mort très rapide qui m'a fait reprendre l'emploi des injections de sérum antitétanique d'un usage si banal dans mon service que ce sont les sœurs qui le donnent.

J'ai eu, moi aussi un cas de guérison de tétanos : c'est chez un jeune homme de dix-sept ans qui avait une plaie contuse de la face dorsale de la main ; le quatrième jour, on lui fit une injection de 80 centimètres cubes de sérum en quarante-huit heures. J'avais fait également donner du chloral à haute dose, 12 à 14 grammes par jour; mais Roux dit au confrère très intelligent, qui soignait le malade avec moi, qu'il fallait cesser le chloral car en le donnant à haute dose, nous faisions au malade plus de mal que de bien : les lapins inoculés du tétanos, meurent plus vite, quand on leur donne du chloral que quand on ne leur en donne pas. Malgré moi, mon confrère, se conformant à l'opinion de Roux, diminua les doses de chloral, qui furent abaissées à 6 grammes. Les contractures reparurent aussitôt. Je fis immédiatement redonner le chloral et le malade finit par guérir.

Je voulais publier cette observation, pour vous faire part de ces dernières particularités. On ne se fait pas idée du trouble que l'on jette dans l'esprit des médecins en formulant des opinions analogues à celle de M. Roux. Certes, je tiens, autant que quiconque, compte des résultats de l'expérimentation, et je le prouve puisque j'ai été le premier, je crois, à employer systématiquement ces injections, ou tout au moins à le publier. Mais je pense qu'il

faut aussi tenir compte des résultats de l'expérience. Or, les seuls cas de tétanos qui aient guéri autrefois (je ne parle pas de ceux où on a fait l'exérèse) ont été ceux dans lesquels on a cherché à supprimer tous les réflexes, et supprimé de fait leur excitabilité par l'emploi du chloral à haute dose.

M. Poirier. — Je remettrai à mon collègue Quénu deux observations de tétanos guéris, et ayant laissé des contractures qui persistèrent fort longtemps. Dans ces deux cas, qui débutèrent de façon aiguë, avec températures de 41 degrés, et crises générales d'une extrême violence, le tétanos prit une forme chronique : ils furent traités par le chloral à dose moyenne (6 à 8 grammes) et l'opium. Dans le premier, il s'agissait d'un infirmier militaire : le tétanos, consécutif à des excoriations du pied par l'usage de godillots durcis, commença par une contracture des muscles de l'abdomen; c'est dans ces mêmes muscles que la contracture persista pendant plusieurs mois après que le malade eût quitté l'hôpital. Le second cas a trait à un jeune garçon de huit ans, atteint de tétanos, peu de jours après une plaie de la région fronto-nasale faite avec l'extrémité d'une sarbacane. Le tétanos débuta par les muscles masticateurs.

C'est encore dans ces muscles, que la contracture persista pendant plus d'un an, si bien que le petit malade éprouva pendant toute cette année de grandes difficultés pour manger et parler. Je trouverai dans l'observation la durée précise de ces contractures qui disparurent peu à peu.

Il y a cinq ans, par ailleurs, que je n'ai vu un cas de tétanos dans les divers services que j'ai occupés, et cependant je n'ai jamais fait d'injections préventives.

M. Potherat. — J'ai vu quatre cas de tétanos, dont deux répondent à ce que nous disait M. Quénu.

Les deux premiers cas se sont produits sur un infirmier et un jardinier : le premier atteint de tétanos suraigu fut traité par des injections pratiquées d'après les indications de Roux, de même le deuxième, ce qui ne les empêcha pas de succomber : l'un au bout de quarante-huit heures, l'autre de douze jours; ainsi, voilà deux cas où le sérum a été inefficace; il est vrai que c'était deux cas suraigus. Les deux autres malades ont guéri. L'un, un laitier qui tombé du haut d'une voiture s'était fait une plaie à la joue. Le tétanos éclata après la cicatrisation. Il affecta la forme céphalique. Il fut soigné chez M. Landouzy, et Roux ayant trouvé que les injections étaient inutiles, j'ai fait une résection de la partie

malade. Il guérit, mais garda plus de six mois une contracture de la mâchoire se manifestant surtout pour certains mots.

Le quatrième est un ouvrier qui pris dans un éboulement à Vaugirard se fit une plaie du doigt; sa température ne dépassa jamais 39 degrés. Roux vint le voir et dit encore que là les injections étaient inutiles : il prit du chloral 8 à 12 grammes pendant deux mois et 2 à 3 grammes de morphine par jour. Il guérit. Mais garda de la contracture quatre mois, contracture, qui comme dans le cas de M. Schwartz se localisa à l'abdomen.

M. Ricard. — Je dois dire que j'ai succédé à M. Bazy à Bicêtre, que je n'ai pas fait d'injections de sérum et que cependant je n'ai pas eu de tétanos.

M. Berger. — J'ai soigné douze cas de tétanos et en ai guéri deux par l'amputation, mais je dois dire que le sérum n'a jamais rien fait, même dans les cas chroniques que j'ai vus.

M. Quénu. On pourra toujours dire, que tout tétanos qui guérit était un cas chronique.

Si un tétanos se déclare grave; il faut le considérer comme aigu et ne pas hésiter à faire des injections de sérum locales.

Si elles ne font rien contre les toxines des centres, les injections semblent agir comme l'amputation en supprimant les toxines qui naissent de la plaie.

Pour les contractures, il faut distinguer celles qui durent quelques semaines et celles qui durent des années, il y a en effet dans ces derniers cas, destruction de la chromatine du noyau « chromatolyse ». Il y a donc des contractures tardives qui sont de véritables contractures par irritation alors que d'autres répondent à des lésions irréparables.

Luxation intra-caracoïdienne de l'humérus réduite au quarante-septième jour.

M. Berger présente un malade sur lequel il a réduit une *luxation intra-coracoïdienne de l'humérus* le quarante-septième jour, ainsi près de sept semaines après la production de ce déplacement.

La réduction faite avec l'assistance de M. Hennequin et au moyen de son appareil, après rupture des adhérences qui fixaient la tête humérale dans son attitude anomale, n'a pas rencontré

de grandes difficultés ; elle a été obtenue par des tractions soutenues ne dépassant guère 40 ou 50 kilogrammes.

Il y a un an que la réduction a été pratiquée, et quoiqu'il s'agisse d'un homme ayant dépassé la cinquantaine, le rétablissement des fonctions est remarquable ; l'épaule jouit de presque tous ses mouvements, l'élévation se fait sans obstacle, le deltoïde a repris son volume et ses fonctions.

Ce cas montre qu'il ne faut pas trop se hâter d'abandonner la méthode de réduction des luxations anciennes pour les interventions opératoires, et qu'on peut au bout d'un temps assez long, obtenir un résultat fonctionnel très satisfaisant, par la réduction non sanglante. L'état du membre, chez ce malade, est beaucoup meilleur que celui que peut donner la résection de la tête humérale même dans les cas les plus favorables.

Présentation de pièces.

Doigt à ressort.

M. F. Poirier. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un doigt à ressort qui m'a été adressé par le D[r] Leclerc (de Saint-Lô). Cette pièce a été recueillie à l'autopsie d'une femme âgée : je note seulement dans l'observation que le mouvement de ressort avait été observé depuis plusieurs années, et que l'on constatait des déformations d'origine arthritique sur d'autres articulations phalangiennes. Les tendons et les gaines étaient en parfait état ; la nodosité tendineuse, à laquelle on attribuait encore il y a quelques années le phénomène du ressort fut recherchée en vain. Il s'agit donc bien d'un doigt à ressort, relevant de déformations des surfaces articulaires, en un mot, de cette variété articulaire dont j'ai établi l'existence et la fréquence. En effet, on peut voir sur l'extrémité antérieure de la phalangine un méplat interrompant la courbe trochléenne : au niveau de ce méplat se fait le temps d'arrêt qui précède le mouvement de ressort ; puis, un effort de flexion permet de dépasser la crête inférieure du méplat, si bien que le mouvement de flexion s'achève brusquement, à la façon d'un ressort. Cette pièce confirme les vues que j'ai émises et démontrées expérimentalement sur la pathogénie du doigt à ressort.

Vote

Au sujet de la demande d'honorariat faite par M. Monod.

Nombre des votants : 20.
Voté à l'unanimité des membres présents.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier

Paris — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 11 MAI 1898

Présidence de M. Berger

Rectification à la rédaction du procès-verbal.

M. Bazy. — Je demanderai à M. le secrétaire de vouloir bien modifier, dans le sens suivant, les paroles prononcées par M. Tuffier, en réponse aux quelques réflexions, que j'ai faites sur la pathogénie des hémorrhagies dans les poches d'hydronéphrose.

M. Tuffier a répondu, au lieu de la phrase imprimée page 463, lignes 3, 4, 5, celle-ci à peu près textuelle : « Je regrette de n'avoir pas lu mon rapport, parce que vous auriez entendu ce que vient de dire M. Bazy sur la pathogénie de l'hématonéphrose. »

Si, en effet, M. Tuffier nous avait *lu* cela, je n'aurais pas éprouvé le besoin de le répéter après lui, même pour rappeler une observation ancienne.

Comme il ne l'avait pas *dit*, j'ai cru devoir le dire.

Je n'ai jamais pris quoi que ce soit à qui que ce soit, et je ne voudrais pas avoir l'air de commencer aujourd'hui.

Il est regrettable que M. Tuffier ait oublié, dans son rapport *parlé*, une explication qu'il a écrite en italique dans son rapport *écrit*. C'est l'importance qu'il y attache qui me fait désirer cette rectification.

M. Tuffier. — Je répondrai à M. Bazy qu'à la dernière séance j'ai parlé sur mon rapport, et je ne l'ai pas lu. Mes paroles pouvaient donc ne pas correspondre exactement à ce que j'avais écrit.

Aujourd'hui, j'apporte le dessin de la pièce dont j'avais parlé, et qui vient à l'appui de cette hypothèse, que les hémorrhagies se produisent facilement par le fait de la distension du bassinet.

M. Potherat. — Je demande qu'on rectifie une erreur d'impression qui s'est glissée dans la rédaction du procès-verbal. On me fait dire que j'ai donné à un malade tétanique 3 grammes de morphine; je demanderais qu'on remplaçât le mot grammes par centigrammes; car le malade serait mort sûrement à ces doses-là.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Envoi de M. KUMMER, membre correspondant, intitulé : *Kysto-adénome proliférant de la mâchoire inférieure.*

A propos du procès-verbal.

M. QUÉNU. — Pour les contractures post-tétaniques, il faudrait peut-être distinguer les contractures simplement secondaires des contractures tardives, persistant plus de deux à trois mois, comme mes collègues viennent d'en rapporter des exemples. On sait, que dans le tétanos, les cellules nerveuses subissent des altérations qui ont été spécialement étudiées ces derniers temps : on a signalé, entre autres, la destruction de la chromatine du noyau ou sa réduction (chromatolyse) ; ne serait-il pas possible d'admettre que les contractures tardives correspondent à ces cas d'altérations des cellules, entraînant à leur suite des dégénérescences musculaires définitives? c'est une hypothèse à vérifier.

Luxation compliquée du poignet. Injection antitétanique mmédiate. Tétanos le quatorzième jour. Amputation. Guérison.

par M. CH. MONOD.

Je conservais dans mes cartons pour la publier, quand l'occasion s'en présenterait, une observation de tétanos guéri, qui prête à quelques réflexions.

Cette occasion, la communication faite par M. Quénu dans la dernière séance me la fournit, et j'en profite.

Voici d'abord un résumé de l'observation :

OBSERVATION (1). — Mme C..., cinquante-six ans, femme évidemment alcoolique (ainsi que l'établirent l'interrogatoire et l'examen ultérieur),

(1) Observation recueillie par M. Vanverts, interne du service.

a, le 22 juin 1896, la main droite prise dans une courroie de transmission. Plaie transversale au dos du poignet, à travers laquelle font issue les deux os de l'avant-bras qui ont abandonné le condyle carpien; tous les tendons extenseurs sont déchirés.

Le médecin appelé, fait sous le couvert d'une antisepsie, que l'événement démontra avoir été insuffisante, la réduction de la luxation et la suture complète des lèvres de la plaie, à l'exception d'un point ménagé pour le passage d'un petit drain. Pas de suture des tendons.

En raison de la nature et du siège de la blessure, mon interne, M. Vanverts, fait immédiatement à la malade une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique.

Au bout de quelques jours, malgré la suppression de quelques points de suture et l'introduction d'un plus gros drain, la suppuration s'établit. Les pansements nécessités par cet état sont très douloureux.

Le 29 juin. — Tous les fils sont enlevés, la plaie se désunit complètement, les tendons s'exfolient, la main se dévie. Bains antiseptiques.

Le 5 juillet. — La plaie est atone et suppure très peu. Les douleurs augmentent. Amaigrissement notable. La température oscille entre 38 et 39 degrés.

6 juillet. — La malade souffre beaucoup. Le membre plongeant dans le bain, on remarque des spasmes des extenseurs de l'avant-bras.

Le soir de ce même jour, la situation s'est aggravée. Le moindre mouvement du lit, ou même un bruit un peu violent, augmentent les souffrances. Le plus petit attouchement de l'avant-bras est extrêmement douloureux et détermine des spasmes des muscles de la région.

M. Vanverts pratique à sept heures du soir une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique, et me demande par téléphone l'autorisation de pratiquer l'amputation de l'avant-bras.

Je l'accorde d'autant plus facilement qu'en raison de l'état local il y a peu de chance que cette femme retrouve jamais un membre utile.

Amputation de l'avant-bras le 6 juillet, à neuf heures du soir, dix heures environ après l'apparition des premiers spasmes. La section des téguments est faite à 4 centimètres au-dessus de la plaie. La malade reportée à son lit, est isolée dans une chambre obscure.

7 juillet. — Dans la journée. quelques secousses dans le membre supérieur droit, mais aussi dans le gauche, et dans les deux membres inférieurs.

Soir. — La malade dit ne pas souffrir, mais elle est affaissée; elle a pris 8 grammes de chloral dans la journée.

8 juillet. — Cris. Douleurs dans la main amputée.

A huit heures, au moment où la surveillante veut soulever la tête pour donner à boire à la malade, la nuque est rigide et la mâchoire contracturée.

Ces contractures disparaissent rapidement.

A dix heures, spasmes des muscles extenseurs du dos; tronc en quart de cercle.

La malade est affaissée.

Chloral : 6 grammes dans la journée.

9 juillet. — Pas de spasmes. Mais agitation, cris. L'amaigrissement s'accentue.

Chloral : 5 grammes.

10 juillet. — Amélioration notable. Les spasmes ne se sont pas reproduits. La malade souffre moins de sa main. Mais agitation, délire qui rappelle le délire alcoolique.

13 juillet. — Ablation des fils. Suppression des drains. La réunion est parfaite.

16 juillet. — Etat local excellent. Le délire continue.

22 juillet. — Le délire diminue, puis disparaît complètement.

4 août. — *Exitus*. Très bon état local et général.

N. B. — Les cultures du pus recueilli dans la plaie le jour de l'opération renferment le bacille tétanique, un cobaye inoculé avec ce pus est mort en deux jours (note de M. Macaigne).

En résumé : luxation compliquée du poignet chez une alcoolique; désinfection insuffisante de la plaie; suppuration et douleur. Le quatorzième jour, début du tétanos, malgré une injection antitétanique faite le jour de l'accident. Amputation de l'avant-bras, dix heures après l'apparition des spasmes. Les jours suivants, ceux-ci tout en restant plus fréquents au membre supérieur lésé, gagnent, mais d'une façon passagère, le membre supérieur opposé, les membres inférieurs, les muscles de la mâchoire et les extenseurs du tronc. Finalement, la guérison survient complète, malgré un état de délire, d'origine probablement alcoolique.

Réflexions. — Je fais, au sujet de ce cas, les remarques suivantes :

1° Contrairement à notre attente et à ce qu'enseigne avec si juste raison l'Ecole d'Alfort, les accidents tétaniques, se sont développés chez notre blessée, en dépit d'une injection antitoxique faite le jour même de l'accident.

2° D'autre part, ce tétanos a guéri. Or, ici, une double question se pose : cette guérison est-elle due à l'amputation qui a été pratiquée dès l'apparition des spasmes, ou doit-on l'attribuer à l'antitoxine injectée?

Je reprends ces divers points :

S'il est un fait actuellement bien démontré, c'est celui-ci : l'injection antitétanique pratiquée en temps utile, est réellement efficace; sans effet contre le tétanos développé, elle en prévient presque à coup sûr l'éclosion, si elle est faite chez un blessé ou un opéré, au moment même de l'accident ou de l'intervention, c'est-à-dire avant l'infection tétanique.

M. Nocard, dans la communication faite à l'Académie en décem-

bre 1895 (1), a surabondamment établi la vérité de ces propositions, soit par ses expériences sur les animaux, soit par des observations concluantes recueillies par des vétérinaires.

Chez l'homme, la preuve est moins facile à faire.

M. Bazy nous a rappelé que, dans une note lue ici même en 1896, il avait cru pouvoir rapporter aux injections antitétaniques systématiquement pratiquées par lui à Bicêtre, l'absence de tétanos dans un service, où l'année précédente il en avait observé jusqu'à quatre cas. J'ai, moi-même, à Saint-Antoine, depuis plus de deux ans, suivi les mêmes errements. Mais je ne saurais conclure, cette complication étant heureusement fort rare : depuis quinze ans que je suis chargé d'un service actif dans les hôpitaux, je n'en ai observé que quatre cas.

Celui que je viens de vous rapporter est le quatrième.

Or, cette fois, l'injection préventive avait été pratiquée et cela dans les meilleures conditions apparentes de réussite :

1° elle avait été faite au moment de l'opération et en quantité suffisante (10 centimètres cubes);

2° le liquide injecté était de bonne qualité, il provenait de l'Institut Pasteur;

3° lorsque les accidents ont éclaté, quatorze jours seulement s'étaient écoulés depuis l'infection; l'immunité, d'après les expériences de M. Nocard, dure au delà de ce laps de temps.

D'où vient donc que nous ayons échoué?

Je fais d'abord remarquer que l'échec n'a pas été complet, puisque notre malade a guéri.

Mais, enfin, il n'y a pas eu immunité absolue, comme dans les faits de M. Nocard.

Ne pourrait-on pas, pour rendre compte de cette exception à une règle qui semble si bien établie, s'en prendre à l'état antérieur de notre blessée? Cette femme était manifestement une alcoolique. Or, il résulte d'expériences instituées par M. Roux (2), rappelées par M. Nocard dans la communication dont j'ai déjà parlé, qu'il faut faire une distinction, au point de vue de l'efficacité de l'injection antitoxique, entre les animaux *neufs* et ceux qui ont été antérieurement soumis à l'action de cultures ou de microbes variés.

Il semble que, chez les premiers, le sérum exerce sur leurs cellules une stimulation particulière qui augmente leur énergie au point qu'elles deviennent capables de résister à l'action du poison. Cette stimulation et cette résistance font défaut chez les

(1) Nocard. *Bullet. de l'Académie*, 22 oct. 1895.
(2) Roux et Vaillard. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1893, p. 65.

seconds. Ceux-ci succombent à une dose de toxine qui est insuffisante pour tuer les premiers.

N'est-on pas en droit d'assimiler aux animaux, rendus plus fragiles par suite d'une injection microbienne antérieure, un sujet qui est sous le coup de l'intoxication alcoolique, intoxication qui, à certains égards, peut être assimilée à l'infection microbienne?

On s'expliquerait ainsi, que notre blessée n'ait pas retiré de l'injection antitétanique tout le bénéfice qu'on en pouvait attendre.

J'ajoute que M. Nocard, auquel j'ai soumis cette hypothèse, m'a dit qu'il la considérait comme plausible ou du moins défendable.

Et maintenant, à quoi attribuer la guérison de notre malade? C'est le second point que je me suis réservé de discuter. Est-ce à l'action incomplète, comme nous venons de le voir, mais cependant réelle, de l'injection antitétanique? On bien à l'amputation faite à la première apparition des accidents?

J'ai à peine besoin de vous rappeler, à cet égard, le plaidoyer, si brillamment soutenu à l'Académie par notre collègue M. Berger, en faveur de l'amputation préventive dans le tétanos.

Je ne voudrais pas, à propos d'une seule observation, reprendre cette discussion. Je me contente de dire que, parmi les observations rapportées à ce propos, les unes étaient favorables à la thèse défendue par M. Berger, que d'autres paraissaient contraires. Et je me demande dans laquelle de ces deux catégories de faits la nôtre doit être rangée.

Or, avant de répondre à cette question, je suis bien obligé de tenir compte de l'expérience si décisive de M. Nocard : il introduit à l'extrémité de la queue de moutons le virus tétanique, il attend l'éclosion des phénomènes convulsifs, et pratique l'amputation de la queue dès leur première apparition; jamais il n'a pu, de la sorte, empêcher le tétanos d'évoluer et les animaux de succomber.

Est-ce à dire que l'amputation ne constitue pas une précaution utile à prendre? qu'il ne soit pas indifférent de supprimer le foyer primitif d'infection toutes les fois que le sacrifice à faire n'est pas trop considérable? Assurément non. C'est même cette considération qui m'a déterminé à autoriser mon interne, M. Vanverts, à agir.

Je suis cependant disposé à croire que dans ce cas, ce n'est pas à l'amputation seule qu'il faut attribuer le bon résultat final. Comme chez les animaux de M. Nocard, les spasmes et autres phénomènes tétaniques, ont persité pendant les deux jours qui ont suivi l'opération. S'il ont été en s'atténuant pour disparaître complètement, c'est, me semble-t-il, que la malade avait été soumise à l'injection antitétanique.

Le fait prête, je l'avoue, à discussion, et sera revendiqué à la fois par les partisans et par les adversaires de l'amputation dans les cas de tétanos.

Tel qu'il est, il m'a paru ne mériter que davantage d'attirer un instant votre attention.

M. Berger. — A propos du sens de ma communication à l'Académie, je dirai que je n'ai jamais affirmé la guérison du tétanos par le fait seul de l'amputation. Je crois seulement que l'amputation met le malade dans de meilleures conditions pour guérir. Je suis, en cela, d'accord avec Roux, qui pense comme moi que la suppression des toxines qui restent au niveau de la plaie favorise la guérison.

M. Ollier. — Je demanderai à M. Monod s'il avait affaire ici à un tétanos apyrétique ou fébrile. Cette distinction est, en effet, très importante.

M. Monod. — Il y avait de la fièvre.

M. Quénu. — Quand je parle de l'amputation comme traitement du tétanos, je fais les mêmes distinctions que M. Berger. Les toxines ont déjà envahi le système nerveux. On sait, en effet, l'affinité des cellules et des fibres de ce système pour les toxines sécrétées par le bacille de Nicolaïer qui, d'après Roux et Borrel, pénétreraient en partie par les gaines nerveuses. L'amputation ne supprime pas toutes les toxines, mais elle supprime celles qui existent au niveau du foyer de la plaie.

Celui-ci est, en effet, absolument impossible à désinfecter; malgré tous les antiseptiques avec lesquels on peut traiter la plaie (eau oxygénée, sublimé, acide phénique, etc.), il reste toujours des toxines, et même du bacille de Nicolaïer. Enlève-t-on, en effet, au niveau de la plaie des débris épidermiques (ongles, poils, peau), après les traitements antiseptiques les plus complets, on voit sur l'animal auquel on les inocule se déclarer le tétanos.

Discussion.

Sur les psychoses post-opératoires (suite).

M. Ollier. — Après tout ce qui a été dit sur la question, depuis le commencement de la discussion relativement aux psychoses post-opératoires, il reste bien peu de choses à ajouter ; d'autant plus que l'accord me semble fait sur une des propositions fondamentales : à savoir que c'est chez les individus prédisposés par des antécédents névropathiques, héréditaires ou acquis, qu'on observe surtout ces troubles psychiques, plus ou moins durables, qui surviennent après les opérations chirurgicales. Dans l'ensemble des opérations, ce sont celles qu'on pratique sur les organes génitaux de l'homme et de la femme, qui exposent le plus à ces troubles cérébraux, mais des opérations d'un autre ordre peuvent donner lieu aux mêmes accidents et parmi ces dernières opérations, celles qui s'accompagnent de traumatismes insignifiants peuvent en être l'occasion. Il y a donc une cause plus générale que la nature du traumatisme, et cette cause me paraît résider surtout dans l'émotion, dans la secousse morale, dans l'ébranlement nerveux qui précède l'opération, l'accompagne ou la suit ; car, Messieurs, le mot *psychose post-opératoire* ne comprend pas la totalité des troubles mentaux qu'on observe chez les opérés. Ce n'est là qu'une partie du problème, et l'on observe assez souvent des *psychoses anté-opératoires*. J'ai vu un certain nombre de sujets qui ont perdu leur raison, momentanément du moins, à l'idée d'une opération qu'ils étaient obligés de subir. La crainte de la mort, l'exagération des dangers qu'ils couraient, la perturbation qui allait en résulter pour leurs projets ou pour leurs affaires amenait un tel trouble dans leurs idées, qu'ils se plongeaient dans une lypémanie (ou dans un état de démence quand il s'agissait de vieillards) qui forçait à renoncer à l'opération ou à la reculer. J'ai vu une femme encore jeune, atteinte d'une tumeur du sein, pour laquelle elle désirait elle-même l'opération. Cette opération fut décidée en principe, mais l'époque des règles força à la reculer d'une quinzaine de jours. Dans cet intervalle, la malade entendit parler de cas de mort après une opération semblable. Elle en fut si fortement impressionnée qu'elle tomba dans un état mental (lypémanie, certitude de sa mort prochaine, refus de nourriture) qui obligea de différer l'opération. Trois ou quatre mois après, tout était rentré dans l'ordre, mais la tumeur avait tellement fait de progrès que je refusai de l'opérer. Je dis alors à la malade qu'il serait possible d'arriver à la guérison sans opération ; elle fut en-

chantée de cette décision, n'eut plus le moindre trouble nerveux, mais mourut de son cancer quelques mois après.

J'ai vu plusieurs autres malades qu'il a fallu diriger vers la maison d'aliénés plutôt que vers la salle d'opération, et je n'ai pas trouvé d'autre cause pour expliquer leur dérangement mental, que la terreur de l'opération. Les faits de ce genre me paraissent beaucoup moins fréquents aujourd'hui qu'autrefois, depuis que le public connaît les résultats obtenus par l'antisepsie et qu'il n'a plus la même crainte du bistouri.

Si la crainte de l'opération et la déception éprouvée par le malade après certaines opérations qui ne lui ont pas rendu ce qu'on lui avait fait espérer, sont la principale cause des dérangements mentaux et des suicides qu'ils entraînent souvent, l'opération elle-même peut être une cause d'ébranlement profond du système nerveux. Aujourd'hui ce n'est plus comme autrefois, où la douleur jouait le principal rôle; c'est l'intoxication produite par les anesthésiques, qui peut être une cause réelle de psychoses. Je ne parle pas des délires violents ou aigus pendant l'opération ou immédiatement après. Je parle des psychoses apyrétiques, se développant quand tout effet appréciable de l'anesthésique a cessé, et persistant plus ou moins longtemps. A cet égard, je signalerai quelques faits qui me paraissent intéressants au point de vue de la comparaison de l'action toxique des divers anesthésiques. L'action de l'éther est plus fugace, moins profonde sur la substance cérébrale, et je crois cet agent moins dangereux que le chloroforme, malgré l'intensité de l'excitation momentanée qu'il peut produire.

Voici un fait qui me paraît très intéressant à signaler. J'avais conseillé une application du boutons de feu autour d'un métatarsien tuméfié. La malade, jeune fille de vingt ans, fut anesthésiée au chloroforme. Il en résulta, pendant quelques jours, une céphalée intense qui fut bientôt suivie de troubles psychiques qui durèrent pendant un an. Ils étaient surtout de forme lypémaniaque, mais tellement prononcés, que malgré l'aggravation de la lésion du métatarsien, la famille ne pouvait se décider à laisser tenter l'opération radicale. Des neurologistes très compétents furent consultés et émirent des avis différents, au point de vue de la possibilité d'une nouvelle anesthésie. Je fus de nouveau consulté sur ces entrefaites, et je conseillai l'ablation du métartasien, en recommandant de substituer l'éther au chloroforme pour la nouvelle anesthésie. L'opération fut, peu de temps après, pratiquée par un de nos collègues, M. Broca, qui fit l'anesthésie à l'éther, et la malade n'éprouva ni céphalalgie ni troubles nerveux consécutifs. J'ai observé un autre fait de ce genre sur une dame qui avait été déjà anesthésiée trois

fois avec le chloroforme et qui avait éprouvé, après chaque opération, de légers troubles mentaux pendant un certain temps ; je l'anesthésiai à l'éther et, malgré la difficulté de lui faire accepter ce nouvel anesthésique, dont elle n'avait pas entendu dire du bien jusque-là, elle n'éprouva, après son opération, aucun des troubles qu'on m'avait signalés comme ayant succédé aux opérations précédentes. Je ne veux pas dire par là que l'action de l'éther ne puisse pas faire naître des troubles psychiques chez certains sujets. Je pense, au contraire, que tout anesthésique peut, indépendamment du délire toxique immédiat, produire, quoique exceptionnellement, des psychoses chez les gens prédisposés, mais je crois que l'éther est moins dangereux que le chloroforme, qu'il faut l'administrer aux sujets qui ont eu déjà des accidents par le chloroforme, comme je conseillerai d'essayer le chloroforme chez les sujets qui, du reste, antérieurement, ont mal supporté l'éther.

Il est une autre catégorie de psychoses sur laquelle je désire dire quelques mots : c'est de la démence des vieillards, qu'on amène de la campagne dans nos hôpitaux et qui, sous l'influence du changement de milieu, d'habitudes, et de l'isolement, qui en est la conséquence, se mettent à délirer, s'affaiblissent et meurent à la suite de la plus légère intervention. J'ai observé ce délire autrefois beaucoup plus souvent qu'aujourd'hui. A l'époque où j'avais le service de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, j'opérais tous les ans une centaine de cataractes environ. Or, il ne se passait pas d'années, que je ne visse quelqu'un de ces vieillards tomber en démence, soit avant, soit après l'opération. Il était prudent de les renvoyer immédiatement chez eux, autrement leur état mental s'agravait. Après l'opération, ils se levaient, enlevaient leur pansement, déliraient, s'affaissaient ensuite et s'éteignaient peu à peu.

A cette époque, il n'y avait pas de service spécial d'ophtalmologie, à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; les malades étaient placés dans les salles communes et dans des lits entourés de rideaux épais. Nul doute que cette séquestration dans un milieu tout différent de celui dans lequel ils avaient vécu, ne favorisât la démence à laquelle les prédisposait l'état athéromateux de leurs artères cérébrales. J'ai eu dans ces derniers mois, sous l'influence de la même cause, à déplorer la mort d'un homme âgé de quatre-vingts ans, atteint d'un petit cancroïde de la lèvre inférieure. Je ne l'opérai qu'à la condition qu'on le ramènerait chez lui le lendemain ; mais une fois l'opération faite, on se refusa à venir le chercher. On le vit alors s'assombrir et s'affaisser ; au quatrième jour il fut pris d'un délire tranquille, et deux jours après il mourait sans qu'il y eût rien du côté de sa plaie labiale qui était réunie.

Il me resterait à présent à parler des psychoses consécutives à des opérations pratiquées sur les zones génitales et les organes génitaux internes de la femme. Mais, m'étant toujours élevé contre l'abus des castrations ovariennes et testiculaires et de certaines autres opérations, qu'on pratiquait trop facilement dans ces dernières années, je n'aurais pas de faits personnels à exposer. J'ai vu seulement les inconvénients de ces opérations au point de vue psychique chez certains malades qui avaient été se faire pratiquer ailleurs des opérations que je leurs avais refusées, et j'ai constaté alors plusieurs cas de ces formes bizarres, étranges, de névropathie qu'on a signalées dans ces derniers temps. Ce n'était pas des maladies nouvelles, c'était des exagérations et des transformations d'un nervosisme ancien, antérieur à l'opération. Il y a dans cet ordre d'idées toute une catégorie de sujets qu'il faut toucher le moins possible, et vis-à-vis desquels on ne saurait être trop prudent si l'on ne veut pas augmenter les chances de psychose qui les menacent, et il faut être particulièrement réservé quand il s'agit de gens qui ont eu des suicides dans leur famille.

M. Gérard-Marchant. — J'ai observé, comme beaucoup d'entre vous, des psychoses post-opératoires, et je viens vous rapporter brièvement ces observations, et en déduire quelques conclusions.

Une femme de la campagne, une fermière du fond de la province, âgée de soixante-dix ans, fut opérée d'un épithélioma du sein, chez les Dames de la rue de la Santé, en 1887. Après son opération, elle fut prise d'une sorte d'affaiblissement intellectuel, caractérisé par une douce démence, des hallucinations de la vue, de l'ouïe : elle réclamait les poules et les animaux de sa basse-cour; elle ne récupéra absolument sa raison défaillante que lorsqu'elle se retrouva dans son milieu campagnard.

Chez un second malade, vieillard de quatre-vingts ans, transplanté d'un petit village de Seine-et-Marne chez les frères de Saint-Jean de Dieu, pour y subir une amputation de cuisse, motivée par une gangrène sèche de la jambe, j'assistai aux mêmes phénomènes : déchéance de l'intellect, divagation tranquille post-opératoire, hallucinations débutant après l'opération, et cessant dès que l'opéré, encore vivant aujourd'hui (1) (quatre-vingt-six ans), fut rendu à sa vie au grand air.

On ne peut invoquer dans ces deux cas aucune des causes que M. Picqué a eu soin d'écarter de la discussion (*infection*, *intoxica-*

(1) Le Dr Arluizon d'Ozouer-Ferrière, me donnait ces jours-ci, d'excellentes nouvelles de cet opéré, qui marche avec un pilon.

tion, etc.). Il s'agit de vieillards très-vigoureux (femme de soixante-dix ans, homme de quatre-vingts ans), mais d'intelligence bornée, n'ayant jamais habité Paris, transportés dans un milieu absolument nouveau pour eux, supérieur peut-être à leur condition sociale, et qui, sous l'influence de l'émotion opératoire, du changement de vie, d'habitude, ont eu un dérangement dans leur mécanisme cérébral, et ont divagué jusqu'au jour où leur faible cerveau a retrouvé les excitants habituels, les facteurs ordinaires de son rouage journalier.

Lorsque dans un voyage rapide vous couchez successivement dans des hôtels de différentes villes, ne vous est-il pas arrivé au réveil, de voùs demander où vous étiez, de ne pas vous reconnaître immédiatement? Or ici, nos opérés n'ont fait qu'un voyage, mais leur intelligence faible a été tellement perturbée par cette succession d'émotions, qui commence par la consultation chez le médecin, pour finir au réveil dans la salle d'opération, qu'elle a un moment sombré jusqu'au jour où retrouvant leur maison, leurs champs, leurs poules, ils se sont repris. L'éclipse était passagère chez vous, elle a eu une durée plus longue chez eux.

A côté de ces manifestations délirantes momentanées, je tiens à vous parler de cas de lypémanie, d'accès de mélancolie chez *deux amputées du sein.*

La première en date concerne une femme jeune, physiquement belle, chez laquelle la suppression du sein a entraîné un état de tristesse tel qu'elle n'a plus voulu revoir son mari, et l'auteur de cette mutilation. L'ostracisme a été momentané pour la famille. Il dure encore pour moi, bien qu'opérée depuis sept ans, elle n'ait pas eu de récidive.

Ma seconde opérée, sans enfants elle aussi, préférait la mort à cette mutilation, et sans que jamais les phénomènes mélancoliques aient atteint le degré dont je viens de vous parler, cette jeune femme, très mondaine, très choyée par son cercle de relations, est tombée dans une maladie noire qui a duré plusieurs années.

Ces deux opérées ont passé par les mêmes émotions; la vie du monde leur semblait interdite, fermée après cette mutilation. Quels étaient les antécédents de ces malades au point de vue héréditaire? Je les ignore, et c'est là une lacune, car à mon sens ce facteur est important dans la pathogénie de faits semblables.

J'ai observé aussi des accès de délire, de véritable manie consécutifs à des *opérations* sur les *centres nerveux*, ou à *leur voisinage.*

Dans un cas consécutif à une ablation du ganglion de Gasser, pour *une névralgie faciale rebelle,* l'opéré a été pris d'un délire

d'abord tranquille, puis avec excitation, *survenant sans fièvre*, quatre jours après l'intervention, ayant duré pendant vingt-cinq à trente jours, pour faire place à une lucidité d'abord momentanée, puis définitive et à la guérison (1).

Je ne doute pas ici que les manœuvres intra-craniennes, nécessitées par l'acte opératoire, n'aient entraîné une lésion de l'écorce, ayant évolué aseptiquement.

C'est la même explication, que j'invoquerai pour interpréter le délire d'une opérée de goitre exophtalmique par la résection bilatérale du grand sympathique cervical (ganglions supérieur et moyen).

Cette jeune femme, aujourd'hui remarquablement guérie, et dont j'aurai à vous reparler dans le rapport dont vous avez bien voulu me charger sur cette question, fut prise à la deuxième semaine d'un affaiblissement intellectuel — elle pleurait constamment, ne reconnaissait aucun membre de sa famille, n'avait pour toute réponse que ces mots « NE SAIS PAS », refusait de s'alimenter. — Tout cela survenant en dehors de toute complication du côté de la plaie, et n'ayant heureusement qu'une durée éphémère (2).

Ces faits bien patents me permettent de penser qu'il y a des *délires opératoires non septiques* (dans le sens où nous l'entendons habituellement, puisqu'ils évoluent sans fièvre), qui tiennent à une altération *directe ou indirecte* de la substance cérébrale.

Je passe maintenant à un autre ordre de faits, aux malades que nous ne devons opérer qu'après un mur examen : je fais allusion aux *sujets* atteints de *varicocèle*, d'*uréthrite*, ou plutôt de *blennorrhée*, et *aux femmes neurasthéniques* présentant avec le *rein mobile*, une *ectasie gastrique* et des *lésions très discrétes utéro-ovariennes*.

Parmi les individus atteints de *varicocèle*, il en est quelques-uns dont la douleur n'est pas en rapport avec le degré du varicocèle. Regardez ces sujets : ils ont dans la conformation du crâne, dans l'habitus extérieur, dans le développement du corps (*infantilisme*) certaines anomalies; — vous apprenez qu'ils sont *nerveux*, *sujets à des attaques d'hystérie*, *dépressibles*, *solitaires*, *taciturnes*, et qu'ils ont dans leur famille un *père*, une *mère*, une *tante* atteints de *vésanie:* — méfiez-vous de ces sujets chez lesquels votre opération ne sera pas suivie d'amélioration, engendrera même un délire de persécution, ou une tendance au suicide. — Ces faits sont excep-

(1) Cette opérée fut pansée à l'iodoforme, pour la plaie extérieure. Un tube de caoutchouc pénétrait seul dans la boite cranienne.

(2) Il ne saurait être question ici d'une de ces mélancolies anxieuses que Kraft-Ebing, Hyrschl, Devaux, etc,, ont signalées au cours de la maladie de Basedow.

tionnels, je le concède, mais bien réels, et je suis persuadé que beaucoup d'entre vous acquiescent à ces conclusions.

Ceux d'entre vous, qui font des voies urinaires, ont bien sûrement rencontré le type suivant. C'est un malade qui vient vous trouver, se plaignant d'une blennorrhagie ancienne, d'une douleur dans le canal et dans les aines. Cette douleur ne reste pas localisée là : elle remonte dans tout le corps, et le long de la colonne vertébrale jusqu'au cerveau, dit le malade.

Vous êtes déjà surpris de la diffusion de ces douleurs : vous examinez le canal; vous le trouvez humide, *mais sans pus* : tout au plus admettez-vous une blennorrhée.

L'intéressé sort de votre cabinet très mécontent de votre consultation : il va trouver un SPÉCIALISTE, qui découvre une uréthrite chronique, du pus, et conseille des instillations de nitrate d'argent. Nouvelle visite du malade, triomphant cette fois, vous disant qu'on a découvert sa maladie. Vous le conduisez chez Guyon, Albarran, pour ne citer que ceux qui ont vu le malade auquel je songe en ce moment. Une analyse est faite, il n'y a pas de pus dans le canal! « Mais je souffre affreusement », dit le malade, et il réclame des instillations de nitrate d'argent. Le simple cathétérisme a exaspéré le malade, l'instillation de nitrate d'argent l'affolle, et vous assistez alors à l'explosion d'une folie qui nécessite l'admission dans une maison de santé : c'est là la phase ultime, celle du médecin aliéniste.

Ce que je viens de vous raconter en abrégé est l'histoire d'un malade issu de *cousins germains*, d'*intelligence faible*, *ayant des aliénés dans sa famille*.

Je me méfie aussi de ces *neurasthéniques* chez lesquelles nous constatons la triade si fréquente du *rein mobile*, *de l'ectasie gastrique*, *et quelques lésions discrètes utéro-ovariennes* (métrite du col, ou ovaire scléro-kystique).

Si la localisation morbide n'est pas constante, si un jour c'est le rein qui parle, le lendemain l'estomac et ensuite l'utérus ou l'ovaire, si le déplacement du rein n'occasionne pas de crises rénales nettement caractérisées, je me refuse à toute intervention.

J'ai le souvenir d'une malade, dans ces conditions, vue d'ailleurs par M. Bouilly, qui avait refuser de l'opérer (je l'ai su trop tard), chez laquelle, de connivence avec le mari, désespéré devant de telles souffrances, je me laissai aller à faire un curettage que notre collègue M. Reclus pourrait qualifier de *moral*. L'effet de mon intervention, SANS RÉSULTAT, ne se fit pas longtemps attendre : l'opérée prit en désaffection le chirurgien, le mari, les enfants, et dut être placée dans une maison de santé pendant *huit mois*.

Voulez-vous un second exemple plus tragique? Mon collègue

M. Martin me présente et me recommande une malade avec cette *triade symptomatique*. Après avoir observé cette malade pendant plusieurs jours dans mon service de Tenon, je me rends compte qu'il s'agit d'une neurasthénique, et, pour les raisons que je viens de développer, je refuse toute intervention. — Quelques semaines après, nouvelle prière du Dr Martin, qui devant les souffrances accusées par la malade, me supplie de l'opérer : « elle attentera à ses jours si on n'intervient pas », me dit-il. Je choisis l'organe qui à ce moment-là me paraissait le plus en souffrance, et devant M. Martin je pratique la néphropexie. — Huit jours après cette intervention, à 11 heures du soir, les malades sont réveillées en sursaut dans la salle par un cri aigu de douleur, que vient de pousser cette opérée : on accourt auprès d'elle, elle rendait des flots de sang par la bouche; l'interne de garde est appelé, et ne comprend rien à cette hémorrhagie qu'il arrête par de la glace, et dont il combat les effets par une injection sous-cutanée de sérum.

Ce n'est que le lendemain matin, au petit jour, qu'on eut l'explication de ce drame ; la veilleuse, en s'approchant du lit, marche sur quelque chose de mou, regarde, et reconnaît une langue sectionnée à sa base : la malade s'était arraché la langue ! (1).

Le dégénéré *avec varicocèle*, le *faux blennorrhagique*, la neurasthénique *avec ses ptoses*, sont des aliénés en puissance. Pour faire éclater leur folie, la fixer cérébralement, si je puis ainsi dire, il suffira d'un acte opératoire intempestif, tout comme un traumatisme cranien engendre chez un prédisposé une paralysie générale, tout comme un sermon sur les peines finales provoque chez une mystique et prédisposée une *folie religieuse*. C'est le cas de répéter que la goutte d'eau fait déborder le vase.

Ce sont là des variétés de malades, aux obsessions desquels nous devons savoir résister, si nous ne voulons mériter à nos yeux aucun reproche.

Enfin, Messieurs, je terminerai par un dernier problème : un acte opératoire peut-il guérir un aliéné? A ce point de vue, je reste sceptique. — Dans ma longue cohabitation avec les aliénés, pendant mon internat, chez mon père, je n'ai jamais constaté rien de semblable, en tant que guérison durable. J'ai vu des rémissions se produire, des accalmies momentanées se manifester, et je puis vous en rapporter un exemple très net :

Il y a deux ans, je fus appelé par M. Dieulafoy auprès d'un paralytique général qui s'était jeté par la fenêtre. Je constatai chez lui une fracture des deux calcanéums, par *écrasement*, la fracture de

(1) Ce fait unique avec tous les détails qui en établissent l'authenticité, sera publié en collaboration avec le professeur Brouardel.

l'un des deux calcanéums était plus grave, avec plaie par éclatement et esquilles. L'état de malpropreté due à l'affection antérieure du malade, à la chute dans une cour remplie de fumier, rendirent fort grave cette fracture compliquée, et j'eus à lutter contre un phlegmon du pied et de la jambe, qui nécessita plusieurs interventions. Sous l'influence de ce long traitement chirurgical, du traumatisme peut-être, cet homme, profondément altéré au point de vue cérébral, récupéra sa raison. *De Dieu, de roi, de pape, d'empereur*, avec toute leur puissance et leur sévérité, il redevint un homme simple, doux, aimable, propre, et pendant six mois, dans son entourage, on le crut guéri; mais hélas! ce n'était qu'une rémission coïncidant avec le traumatisme, ou engendrée par lui.

Ce fait, et bien d'autres, nous rendent prudents lorsqu'on nous parle de guérison durable, définitive d'une vésanie, sous l'influence d'un acte opératoire.

Je conclurai de ces observations :

1° Qu'une opération s'ajoutant à une série d'émotions, de changement absolu d'habitudes et de milieu, peut créer chez des vieil lards, à intelligence faible et peut-être prédisposés, un état de surprise et de dérangement cérébral momentanés;

2° Que certaines *mutilations*, touchant à la plastique du corps, sont susceptibles d'engendrer, chez des femmes jeunes, à idées et objectifs restreints, et peut-être prédisposées, à coup sûr neurasthéniques, une *mélancolie passagère*;

3° Qu'à des actes opératoires sur les centres nerveux succèdent quelquefois des accès de *manie aiguë*;

4° Que chez les individus tarés héréditairement, qui ne sont encore que des neurasthéniques, ou plutôt des aliénés en puissance, un acte opératoire intempestif, c'est-à-dire non suivi de résultat, pourra favoriser l'éclosion de la folie.

5° Qu'il faut être très réservé sur la guérison de la folie vraie, par un acte opératoire. On observe surtout des rémissions.

En résumé, dans l'interprétation des psychoses post-opératoires, on retrouve les facteurs habituels de l'aliénation mentale, *le chagrin, l'émotion, la lésion cérébrale, la prédisposition et souvent l'hérédité directe.*

M. Le Dentu : Au mois de novembre 1890, j'ai fait une leçon clinique sur les délires post-opératoires, après avoir lu à peu près tout ce qui avait paru sur ce sujet. En 1892, cette leçon a été publiée dans mon volume d'*Études de clinique chirurgicale*, édité à cette époque. Elle est suivie de la liste des ouvrages et des mémoires que j'avais consultés. Aux documents recueillis alors

j'ai ajouté une petite série de douze cas personnels, qui se répartissent de la manière suivante sur les divers systèmes ou appareils de l'économie :

Opérations sur le squelette	6
— — l'appareil digestif	1
— — — urinaire	1
— — — génital (hommes)	1
— — — génital (femmes)	3
Total	12

A cette liste, je puis ajouter plusieurs autres cas observés depuis 1892, mais que je n'ai pas eu malheureusement le loisir d'analyser et d'étudier avec tout le soin que j'aurais voulu y mettre. De mon enquête, un peu trop rapide malgré moi, il résulte qu'il y a eu à ma clinique de l'hôpital Necker, environ 11 cas de délires post-opératoires, non compris les délires alcooliques. De ces 11 nouveaux cas, 6 se rapportent à des opérations gynécologiques, 5 à des cas divers, dont 2 observés sur des femmes, 3 sur des hommes.

En rapprochant jadis, de mes faits personnels, ceux que j'avais trouvés dans les publications antérieures, j'ai constitué un groupe de 68 cas, dont 30 consécutifs à des opérations de nature quelconque, 38 à des opérations gynécologiques. De cette disproportion entre les deux groupes j'ai cru pouvoir conclure que les opérations portant sur l'appareil génital de la femme exposaient davantage aux troubles intellectuels. C'était aussi l'avis de plusieurs de mes devanciers.

Plusieurs d'entre mes collègues ont cru pouvoir nier cette prédisposition spéciale des femmes atteintes d'affections de l'appareil génital. Il me paraît cependant difficile d'aller contre cette opinion. Elle résulte des chiffres que j'ai cités ; elle résulte de cette discussion elle-même, car d'après les souvenirs des orateurs qui se sont succédé à cette tribune, des troubles plus ou moins accentués se seraient montrés plus de trente fois chez des femmes opérées pour des lésions de l'appareil génital, et seulement une quinzaine de fois à la suite d'opérations quelconques.

Je crois donc encore, que d'une façon générale le sexe féminin, et d'autre part les opérations sur l'appareil génital, représentent une prédisposition particulière aux troubles intellectuels de nature très variée, qui correspondent à ce que l'on appelle le délire post-opératoire. Cette conclusion me paraît en accord avec ce que nous savons de la prédominance du nervosisme chez les femmes et de l'exaltation de cette disposition naturelle chez celles dont l'appareil génital est en cause.

Je me suis attaché à séparer entièrement le délire alcoolique des autres formes délirantes consécutives aux traumatismes et aux opérations, et par une analyse sévère de tous les cas que j'ai relevés et surtout des miens propres, j'ai reconnu que, parmi les délires post-opératoires, il y en avait de toxiques (anesthésiques, morphiniques, iodoformiques), d'infectieux (septicémiques), d'urotoxémiques (néphrite avec ou sans albuminurie). Mais ces formes ne sauraient rendre compte de tous les délires observés après les traumatismes ou les opérations, pour la raison bien simple que ces derniers se montrent aussi sur des sujets n'ayant été soumis à aucune des influences qui engendrent les délires toxiques, infectieux et urémiques.

Restent certains délires d'origine primitivement cérébrale : les délires maniaques réveillés, ou apparaissant pour la première fois, les délires d'origine nettement hystérique, les délires séniles, ces derniers très semblables dans leurs manifestations symptomatiques à la démence sénile, et se rattachant certainement à l'athérome cérébral.

Enfin dans une dernière catégorie, on peut ranger des faits d'une interprétation beaucoup plus délicate : ceux dans lesquels il est impossible de démontrer une prédisposition héréditaire ou acquise. Le problème qui se présente à nous, maintenant que sont bien établies les formes, où la prédisposition est incontestable, c'est de rechercher avec une extrême rigueur les circonstances ayant quelque importance dans les antécédents héréditaires ou personnels des sujets. Pour ces cas, je ne nie pas la prédisposition, mais elle est si larvée, si latente qu'elle ne peut être affirmée sans réserve et que de nouvelles observations sont nécessaires pour la rendre absolument indiscutable.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Communication.

Des corps étrangers des voies respiratoires chez les enfants,

par M. Félizet.

Une fillette de neuf ans et demi avale de travers un noyau de pruneau. Elle tombe suffoquée. Au bout de plus de cinq minutes, elle respire, et le médecin accouru se demande s'il s'agit d'un corps étranger.

Alors sous ses yeux, brusquement, une crise d'asphyxie se déclare, mettant sa vie en danger.

La journée finit bien. Au milieu de la nuit, huit heures après l'accident, troisième crise, très courte.

Et ce fut tout.

Cela se passait le 7 avril. A partir de ce jour, l'enfant était gaie et respirait aisément. Elle ne se plaignait que d'une douleur qui *allait*, suivant elle, *du milieu du cou à la pointe du sein gauche.*

Le 12 avril, *cinq jours après l'accident*, fièvre intense, toux sèche, douleur aiguë à gauche, oppression modérée. Le médecin du Pré-Saint-Gervais diagnostique et traite une pneumonie avec pleurite du côté gauche.

Dans le cours de cette complication, malgré la répétition des quintes de toux, aucun phénomène de suffocation ne se produisit.

Le 20 avril, l'enfant, convalescente, était pleine d'entrain et passait une nuit tranquille.

Le 21 avril, *quatorze jours après la pénétration du corps étranger*, elle eut brusquement, à six heures du matin, sans raison, une crise plus violente que celle de la première heure. On l'emporta en toute hâte à l'hôpital Tenon. Dans le trajet, la respiration se rétablit, et mes internes, MM. Blandin et Maubert, la trouvent dans un état satisfaisant. Malgré une respiration facile, l'enfant est assez anxieuse et on prépare tout pour la trachéotomie. A neuf heures et demie, brusquement, l'enfant est reprise de suffocation. Elle est cyanosée et sans connaissance; on peut la croire morte.

C'est dans ces conditions que mon collègue et ami le Dr Gérard-Marchant fait l'ouverture de la trachée, sans attendre mon arrivée. L'opération ne conjura pas la mort.

Pendant plus d'une heure, on pratiqua la respiration artificielle, les insufflations d'oxygène. On appliqua des pointes de feu sur la région précordiale. On avait fait dès le début des tractions rythmées de la langue.

Rien n'y fit.

Nous avons fait le lendemain l'ouverture du corps.

Le poumon gauche était hépatisé dans ses deux tiers inférieurs, et adhérait à la paroi thoracique.

Le noyau de pruneau était sur la bronche gauche, au niveau de la bifurcation de la trachée. Il était libre, mais la muqueuse bronchique était rouge, gonflée et ulcérée sur une surface qui répondait exactement à la forme et aux dimensions du noyau, et qui révélait l'emplacement du corps étranger, pendant les quatorze jours, au cours desquels il n'avait pas provoqué d'accident.

La muqueuse de la partie inférieure de la corde vocale droite

était rouge et gonflée, présentait une érosion de 4 millimètres carrés au plus.

La muqueuse de la trachée était absolument saine.

En 1895, au mois d'octobre, je fus appelé à Pantin, pour un enfant de huit ans qui avait avalé de travers, dans la matinée, un bouton de chemise en os. L'accident était arrivé le matin à neuf heures. L'enfant avait été, pendant une heure, entre la vie et la mort, puis il s'était calmé et avait déjeuné avec plaisir. La journée avait été très bonne. Il allait se mettre à table quand, tout à coup, il fut pris d'asphyxie et tomba suffoqué. Quand j'arrivai, à huit heures et demie, je le trouvai mort et déjà froid.

En février 1895, je fus appelé auprès d'une enfant de quatre ans, qui avait, dans la matinée, avalé de travers la petite clé d'une boîte à tirelire. Après une crise formidable, qui dura plus de deux heures et menaça la vie, l'enfant s'endormait tranquillement; elle fut réveillée violemment par la suffocation vers 2 heures, et les crises se répétèrent toutes les heures jusqu'au soir. C'est alors que j'arrivai.

On entendait, à l'auscultation, un bruit, non de drapeau, mais de frottement dur, dans la trachée; mais, au cours de mon examen, l'enfant se pâma, devint bleue, et je dus aussitôt, avec l'assistance de notre confrère, le Dr Corteaud, ouvrir la trachée. Les choses se passèrent à merveille : le quatrième jour, j'enlevais les deux canules et la clé se présentait par son panneton à l'orifice de la plaie.

Deux mois après, je fus, un soir, appelé à l'hôpital Tenon, pour un enfant qui avait, dans les voies respiratoires, un morceau de crayon à ardoise depuis le matin. Les crises étaient faibles, mais répétées, et je pus déterminer nettement, par l'auscultation, la présence d'un corps dur qui voyageait dans la trachée.

Je n'attendis pas; l'enfant avait cinq ans. Je fis la crico-trachéotomie et, au moment où j'allais introduire la canule, le crayon se montra et put être tiré sans peine avec les doigts.

A vrai dire, ce n'est pas cette extraction immédiate du corps étranger que je visais, et je fus un peu surpris.

Que le corps étranger doive s'échapper d'emblée, ou qu'il ne doive sortir que plus tard, le but de la trachéotomie, dans la chirurgie des enfants, est tout autre.

Dans le fait de la fillette qui me fournit l'occasion de cette lecture, la mort n'a pas été causée par l'engagement du corps étran-

ger dans la glotte, puisque le noyau séjournait, loin du larynx, dans la bronche gauche.

Mais ce noyau se déplaçait, et nous avons vu, dans l'érosion produite sous la corde vocale droite, la trace de ses coups de bélier. Ce sont ces chocs qui ont provoqué le spasme et c'est l'occlusion spasmodique de la glotte qui a causé, après quatorze jours, la mort de cette fillette, que mon ami Gérard-Marchant a tenté de sauver, aussi bien que la mort de l'enfant de Pantin, étouffé, après dix heures de calme, par un bouton de chemise et près duquel j'arrivai trop tard.

Chez les enfants, la pénétration d'un corps étranger dans les voies respiratoires est un accident d'une gravité vraiment particulière. Dans la conformation de leur petit larynx, l'espace inter-aryténothyroïdien n'existant pas, la contracture des cordes vocales, le spasme de la glotte, c'est l'occlusion hermétique, c'est l'arrêt de l'air, arrêt absolu sans suppléance collatérale.

Or, ce spasme constitue chez l'enfant le danger le plus grave, le plus pressant de l'accident qui nous occupe. Il est indépendant de la nature du corps étranger; il survient à l'occasion de la plus légère comme de la plus violente irritation. Il paraît être la conséquence réflexe du choc de l'objet irrégulier contre la glotte, qui ne peut lui livrer passage, et qui se défend.

Dans ces conditions, en présence de faits qui nous montrent l'imminence de la mort, arrivant depuis quelques heures jusqu'à quinze jours après l'accident, en présence de la rapidité avec laquelle, chez l'enfant, les événements se précipitent, et ne nous laissent pas le temps d'arriver pour ouvrir une voie à l'air, nous pensons que la trachéotomie est indiquée comme une opération de sagesse et de nécessité.

D'après Gross et Durham, M. Weist (de Philadelphie) dressant sur une masse globale de 1,674 cas de corps étrangers des voies aériennes, le bilan de la trachéotomie, la statistique nous apprend que la mortalité, qui est de 1 p. 3,5 dans les cas où le chirurgien n'a pas agi, est seulement de 1 p. 4, si l'on est intervenu.

Nous voilà vraiment bien avancés !

Dans tous les cas, la proportion est certes à peine encourageante. Mais alors même que les chiffres de Gross et de Durham, nous montrent une proportion de succès opératoire de 75 et de 85 p. 100, nous plaçons notre confiance ailleurs. Or, nons savons ce que vaut la statistique : au lieu de réunir en bloc des cas dissemblables par les conditions de l'accident, par la nature du corps étranger, par l'âge des malades et par toutes les circonstances cliniques que la fausse précision des chiffres nous laisse

ignorer, nous croyons que l'indication qui domine l'accident est d'empêcher l'enfant d'étouffer.

Il étouffera si le corps étranger obstrue la glotte ; il étouffera si le corps étranger ballotté dans la trachée, provoque sur la glotte un spasme, qui équivaut, chez l'enfant, à une obstruction.

La raison commande de parer à la suffocation immédiate ou tardive, toujours imminente.

A chaque crise, la question de la vie se pose et c'est tenter le sort que d'attendre.

» Je suis persuadé que chez l'enfant qui porte dans la trachée un corps étranger solide, la trachéotomie s'impose et qu'elle doit être hâtive.

Quand je serai en présence d'un enfant ayant un corps étranger dans les voies aériennes, si ce corps étranger est solide, si, par son volume et par sa forme, il est incapable de traverser aisément la glotte de bas en haut, si surtout, qu'il soit matériellement capable ou non de sortir seul, si ce corps étranger donne lieu à des accès de suffocation, je n'attendrai pas, je fendrai le cricoïde et le haut de la trachée.

La canule mise en place, la respiration est assurée, nous sommes les maîtres et nous pouvons attendre : il y aura peut-être des complications, il ne surviendra pas de catastrophe.

Dans le cas où les renseignements nous manqueraient, si, inconscience ou mensonge, l'enfant nous laissait dans le doute, ne serait-il pas possible, avec les rayons Rœntgen, de déterminer la présence, le volume et le siège de l'objet dans l'appareil respiratoire?

Et encore, le doute fût-il complet, nous pensons que si les accidents pressent, si une catastrophe est proche, il n'y a pas à attendre et que la trachéotomie est indiquée d'autorité.

M. Tuffier. — Je viens appuyer ici les conclusions de M. Felizet, en ce qui concerne l'ablation immédiate des corps étrangers des voies respiratoires. Tout corps étranger qui reste dans les bronches détermine le plus souvent des accidents de dilatation bronchique d'abcès du poumon ou de gangrène pulmonaire, et la mort s'ensuit. Si l'on fait la pneumotomie tardivement, on ne peut plus trouver le corps étranger et les lésions de dilatation bronchique persistent malgré l'évacuation des foyers. C'est ce qui ressort des recherches que j'ai faites sur la chirurgie du poumon. Le corps étranger, immobile dans les voies respiratoires, n'en donne pas moins un pronostic très grave (*Chir. du poumon*, p. 106, 1897, Paris).

A propos des rayons X, je connais des observations où on a pu, grâce à eux, déterminer la place qu'occupe le corps étranger.

Mais dans un cas, il avait été localisé dans la bronche gauche et pendant le cours de l'opération, il changea de place et alla se loger dans la bronche droite, d'où la conclusion qu'on doit s'efforcer d'empêcher son déplacement quand on a déterminé son siège.

Présentation de malades.

M. Michaux présente un malade qu'il a soigné à Broussais, pour une fracture compliquée du maxillaire inférieur. Malgré le traumatisme qui a été considérable, le malade a bien guéri. C'est à peine s'il reste des traces de l'accident, grâce à un appareil prothéique confectionné par M. Roy.

Exstrophie de la vessie. Guérison par la cysto-entérostomie.

M. Tuffier présente un enfant de quinze ans, atteint d'exstrophie, opéré plusieurs fois par des procédés autoplastiques. Le 12 janvier 1898, dissection du bas-fond de la vessie qui est suturée à l'S iliaque. Le malade va à la selle de quatre à six fois dans les vingt-quatre heures. Son état général est bon. La cicatrice abdominale est absolument sèche.

La place de M. Monod, nommé membre honoraire, est déclarée vacante. Les candidats sont prévenus qu'ils ont un délai de trois semaines pour présenter leurs titres.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier

Paris — L Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 18 MAI 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. CHAPUT, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Nécrologie.

M. BERGER. — J'ai la douleur de vous annoncer la mort de M. Dezanneaux, d'Angers, membre correspondant de la Société de chirurgie. Vous savez tous quelle était sa valeur et quels furent ses travaux. Il fut l'un des premiers à pratiquer les grandes opérations abdominales et en particulier l'hystérectomie abdominale et c'est à ses travaux sur cette question qu'il dut sa nomination de membre correspondant de la Société de chirurgie. Il avait à Angers une situation exceptionnelle due à son mérite et à son caractère. La Société a été représentée à ses obsèques par M. le Dr Gripat.

J'ai également à vous annoncer la mort du Dr Antoine de Krassowki, membre correspondant qui a toujours témoigné de ses sympathies pour la France. Il en a donné une preuve en publiant ses œuvres, fort estimées, simultanément en russe et en francais. Sa perte sera vivement ressentie par la Société de chirurgie.

Discussion.

Sur les psychoses post-opératoires (suite).

M. Nimier. — Je vous prie de m'excuser si je prolonge de quelques minutes la discussion en cours sur les psychoses post-opératoires; mais, au risque d'encourir le reproche de dépasser quelque peu les limites de la question posée par mon ami M. Picqué, je désire vous exposer la genèse d'une petite épidémie de délire que j'ai observée au Tonkin. Elle me paraît bien mettre en relief l'importance de la prédisposition acquise et reléguer au second plan l'influence des causes occasionnelles qui, sans examen, sont souvent accusées d'avoir créé de toutes pièces le délire.

En octobre 1884, une colonne, forte de 600 hommes, fut chargée d'aller reconnaître la route de Lang-Son; à cet effet, elle devait d'abord remonter en bateau le Loch-Nam, à l'embouchure duquel elle croisa trois canonnières qui avaient dû se replier après avoir été fusillées par les Chinois. Nos hommes se trouvaient ainsi prévenus de la possibilité d'une attaque inopinée, d'où chez eux une tension d'esprit constante jusqu'au moment où, à la fin du troisième jour, nous fûmes brusquement attaqués. Le corps à corps nécessaire pour débarquer nous coûta 7 tués et 33 blessés, puis la colonne s'établit sur deux mamelons qui dominaient la plaine elle-même, barrée par une série d'ouvrages qu'occupaient de nombreuses troupes chinoises. Il fallait attendre des renforts, sous la menace incessante d'être écrasés, aussi vous jugez facilement quel était l'état d'esprit des hommes pendant les trois jours que dura cette attente. Une nuit, du reste, il se traduisit par une fusillade de quelques instants motivée par le coup de feu d'une sentinelle qui croyait voir les Chinois.

Ce fut surtout le jour du combat — lequel dura de six heures du matin à six heures du soir, sous un soleil de plomb — que le surmenage moral aboutit chez plusieurs à un véritable délire : *délire à manifestation unique : impulsion à marcher sur l'ennemi et divagations en rapport avec cet acte; manifestation délirante uniforme, malgré la diversité des causes occasionnelles qui la faisaient éclater.*

La cause occasionnelle du délire fut un coup de feu chez plusieurs blessés, qu'il me fallut faire surveiller pendant plusieurs heures pour les empêcher de quitter l'ambulance. Chez un homme que nous amputâmes immédiatement pour une lésion par balle au niveau du genou, l'opération s'ajouta au traumatisme comme cause occasionnelle du trouble cérébral. Mais, si dans ces cas le

délire peut être taxé de traumatique ou d'opératoire, il n'en est plus de même pour le délire des nombreux insolés, comme cet officier, qui entraînait ses hommes en avant dans des conditions telles qu'on dut lui faire quitter la ligne de feu. Ici encore la cause première du trouble cérébral était l'excitation mentale des jours précédents, prédisposition acquise qui persista chez beaucoup et nous rendit compte ultérieurement du délire chez nombre de paludéens.

En résumé, dans ces cas de psychose passagère, uniforme dans ses manifestations, le traumatisme accidentel ou opératoire, tout comme l'insolation et le paludisme, n'a joué que le rôle de cause occasionnelle. Il ne saurait être accusé d'avoir créé de toutes pièces un délire, qui découlait manifestement de l'état mental antérieur des blessés.

Pour ma part, il ne m'a pas été donné d'observer à la suite de coups de feu des cas de délire traumatique analogues à ceux signalés par Weir Mitchell :

Ce colonel qui, blessé au niveau du poignet avec lésion du médian et du cubital, se met à courir comme un furieux devant le front de son régiment à moitié décimé, ou encore cet homme qui, atteint d'un coup de feu du plexus brachial, crie comme un forcené que ses camarades viennent de l'assassiner.

Weir Mitchell voit dans ces faits des exemples de « commotion affectant de différentes façons les centres émotionnels et l'appareil de l'intelligence ». Cette opinion est acceptable, mais à condition, à mon avis, que l'on mette en relief l'état de réceptivité tout particulier dans lequel se trouvaient « les centres émotionnels et l'appareil de l'intelligence » chez ces combattants. Autrement dire, le traumatisme n'a été que la cause seconde du délire, la disposition intellectuelle du moment jouant le principal rôle dans sa venue.

Des faits signalés par Weir Mitchell, on pourrait être tenté, mais à tort, de rapprocher deux observations rapportées par notre confrère de la marine, le Dr Chauvet.

Blessé par une flèche dans le pays des Muongs, un lieutenant d'infanterie de marine est pris, au cours du pansement, d'une grande excitation et, dans son délire, échappant aux mains des infirmiers, il court au hasard sur le front des troupes où il est tué.

Un soldat d'infanterie de marine reçoit, près de Binh-Dinh, une flèche qui lui pénètre dans la région de l'épaule. Il arrache lui-même la flèche, marche quelques minutes encore avec ses camarades, puis survient une très grande surexcitation rapidement suivie de prostration, de dyspnée, d'angoisse précordiale et de mort une demi-heure après la blessure.

Chez ces deux blessés, le délire ne saurait être attribué à la seule lésion mécanique produite par la flèche, et, si l'on se refusait à admettre l'influence de l'excitation intellectuelle antérieure à la blessure, l'on serait en droit ici d'invoquer une intoxication : les flèches étaient empoisonnées avec une substance tirée de l'antiaris toxicaria.

Quant à la pratique chirurgicale du temps de paix, elle établit que les psychoses post-opératoires sont exceptionnelles dans l'armée. Parmi ceux de mes camarades que j'ai interrogés à ce sujet, seul mon collègue, M. Robert, m'a dit en avoir observé un cas, et encore il s'agissait d'un officier qui avait des antécédents héréditaires. De mon côté, j'en relève une seule observation, peu probante du reste. Il s'agit en effet d'un homme que je trépanai sur la région motrice gauche dans le but de le débarrasser d'une vive céphalée et peut-être d'améliorer une ancienne hemi-contracture droite incomplète, s'accompagnant de crises hystériformes. Après l'intervention, un pansement aseptique fut appliqué et les suites opératoires furent absolument apyrétiques; mais le jour même de l'opération le patient présenta plusieurs attaques de contractures généralisées, rappelant celles de la grande hystérie, et le troisième jour, l'une de ces crises fut précédée pendant une dizaine de minutes, de cris, de vociférations, de menaces. Cette attaque qui rappelait la manie aiguë, ne se reproduisit pas jusqu'à la sortie de l'hôpital.

A la rareté des psychoses opératoires chez l'homme adulte il onvient d'opposer, ainsi que l'a fait M. Picqué, leur fréquence relative chez le vieillard, donnée qui se trouve en particulier bien établie par les observations de délire à la suite des opérations de cataracte, comme M. Ollier le rappelait dans la dernière séance. Or, si dans les cas de psychoses consécutives aux interventions sur les organes génitaux, il a pu paraître logique à certains d'incriminer l'importance du traumatisme et la nature des organes traumatisés, il ne saurait en être de même après l'acte chirurgical qui permet l'extraction du cristallin opacifié. Du reste, aucun autre traumatisme accidentel ou opératoire intéressant les yeux n'a été à ma connaissance accusé de provoquer l'éclosion de psychoses.

Les ophtalmologistes s'accordent pour laisser de côté l'influence de l'opération elle-même, mais ils ne s'entendent plus sur la valeur des causes occasionnelles possibles du délire. M. Ollier met en vedette la vieillesse des patients et les troubles apportés dans leurs habitudes par l'opération. Certains accusent la diète à laquelle les opérés ont été soumis, ou encore la suppression de l'alcool chez des cataractés alcooliques ; d'autres

incriminent la simple occlusion des deux yeux; enfin quelques-uns admettent qu'il s'agit d'un délire par intoxication atropinique.

De ces opinions diverses, appuyées d'observations probantes, ne ressort-il pas tout au moins que, pour les ophtalmologistes comme pour les autres chirurgiens, les psychoses opératoires ont une étiologie complexe et que dans leur genèse, le traumatisme ne joue pas le rôle capital que certains lui attribuent?

M. Berger. — Dans la discussion qu'à soulevée la communication de MM. Picqué et Marcel Briand, il faut distinguer deux ordres de faits :

1° Ceux dans lesquels un désordre mental primitif pousse ceux qui en sont atteints à réclamer avec insistance une intervention chirurgicale, qui n'est pas requise par leur état. Les cas de cet ordre sont nombreux, tous les chirurgiens les connaissent, mais, en raison des ennuis qu'ils sont capables de leur créer, on ne saurait trop attirer sur eux l'attention des médecins. Dans la pratique des opérations restauratrices de la face, j'en ai observé plusieurs exemples, un entre autres, dans lequel je me suis longtemps repenti d'avoir cédé aux sollicitations d'un malade atteint d'une déformation cicatricielle légère de la face, qui l'obsédait. Le résultat, le meilleur, lui-même, ne peut satisfaire cette sorte d'hypochondriaques, et l'opération est pour eux la cause d'une nouvelle excitation mentale, qui exagère leurs idées déraisonnables. Il en est de ces sujets comme de ceux qui sollicitent une opération pour les délivrer de corps étrangers ou de tumeurs dont ils ne sont pas atteints; ce sont des aliénés véritables dont il faut savoir reconnaître à temps le délire partiel, pour éviter de tomber dans le piège qu'ils nous tendent en réclamant notre intervention. Je me bornerai seulement à citer dans ce genre, le cas de cette femme chez laquelle, après une observation soutenue, M. Picqué et moi, nous avons pratiqué une incision exploratrice, pour chercher des fragments de verre qu'elle affirmait avoir avalés et qui déterminaient des douleurs vives localisées et des hématémèses. Elle avait, à plusieurs reprises, en effet, *montré* du sang dans ses vomissements; la palpation de la région gastrique réveillait une douleur fixe, et de plus, avant l'apparition des troubles en question, cette femme avait été surprise la bouche pleine de morceaux de verre qu'elle cherchait à avaler, et qu'on avait retirés avec beaucoup de difficulté de son gosier. La palpation de l'estomac, faite à la faveur d'une laparotomie, nous ayant démontré l'absence de tout corps étranger, le ventre fut refermé, et contrairement à notre attente, depuis cette époque, la malade à laquelle on avait affirmé qu'elle était débarrassée de la cause

de ses douleurs, cessa de se plaindre des troubles imaginaires qu'elle ressentait auparavant.

Elle ne fut pas guérie pour cela de sa folie, et il ne faudrait même pas conclure de ce fait qu'il soit possible de délivrer un aliéné de son délire partiel par une intervention chirurgicale destinée à en supprimer la cause, ou à lui en donner seulement l'illusion. Je viens en effet de recevoir dans mon service une persécutée qui croit avoir des lézards dans le ventre; une incision qu'on lui a faite sur les téguments de la paroi abdominale dans un autre hôpital et dont elle porte les traces, n'a pu la rassurer, et le lézard qu'on lui a enlevé par cette incision, affirme-t-elle, a fait des œufs d'où sont éclos un grand nombre d'autres lézards qu'elle sent courir dans son intestin. Pas plus que M. Marchant je ne crois à la possibilité de la guérison de la folie par une suggestion opératoire, ni même par une opération légitimée par une affection chirurgicale caractérisée.

2° Le deuxième point, de beaucoup le plus important, qu'a touché M. Picqué, est celui des psychoses post-opératoires, des troubles mentaux qui se développent à la suite des interventions chirurgicales, de la prédisposition que créent pour cette complication des désordres psychiques antérieurs, de la nature des opérations qui favorisent l'apparition de ces troubles.

Il faut tout d'abord débarrasser cette question de tout ce qui a trait aux délires toxiques : délire septique, délire iodoformique, délire chloroformique; ces cas analogues à ceux de délire alcoolique relèvent de causes bien connues et d'une détermination facile. Il me semble qu'il faut également en distinguer les perturbations mentales essentiellement transitoires qu'on observe si souvent à la suite des opérations graves et qui sont facilement expliquées par la secousse qu'a déterminée l'opération; ce sont ces états de tristesse, d'abattement, ou de craintes de complications éloignées ou de récidives qui empoisonnent la convalescence de beaucoup d'opérés, et surtout de femmes. Je crois qu'il faut, dans l'étude de ces psychoses post-opératoires, envisager surtout les cas dans lesquels un trouble mental permanent et souvent définitif s'est produit à la suite et sous l'influence d'une opération chirurgicale.

Ces cas sont rares; je ne me rappelle en avoir observé que trois, tous relatifs à des femmes qui avaient subi l'ablation totale du sein pour des cancers de la mamelle.

La première de ces malades était une femme d'une quarantaine d'années, jusqu'alors bien portante et en apparence au moins bien équilibrée; elle venait de se marier, un peu sur le tard, quand elle se découvrit la tumeur pour laquelle je dus faire l'opération en question. Ce ne fut que pendant sa convalescence, alors qu'elle

se levait déjà et recommençait à sortir, que cette personne fut prise d'un accès de délire à la fois érotique et triste, puisqu'elle tomba dans la mélancolie la plus noire avec idées de suicide. Il fallut enfin l'enfermer à Charenton, où elle était encore aux dernières nouvelles que je reçus d'elle, plus d'un an après l'opération.

Quelques années après, à l'hôpital Lariboisière, je vis les mêmes accidents se produire chez une femme que je venais de débarrasser d'un cancer du sein; chez elle se développa également un délire triste, avec tendance au suicide, et elle dut être internée à Sainte-Anne; rien n'avait pu, chez elle comme chez la malade précédente, faire prévoir l'apparition de ces troubles vésaniques.

Il n'en a pas été de même chez une troisième malade, personne très ferme et très sensée en apparence, mais qui appartenait à une famille de nerveux et qui avait été elle-même soumise, quelques années auparavant, à un traitement dans une maison de santé, pour des désordres mentaux dont on ne m'a jamais confié la nature.

Au moment même de l'opération, cette personne, douce et bonne d'ordinaire, fut prise d'accès violents qui se continuèrent pendant tous les temps qui suivirent et qui persistèrent après sa guérison et auxquels se joignit, pendant quelque temps, un refus presque absolu de l'alimentation. Jamais, depuis l'opération jusqu'à la récidive qui survint au bout d'un peu plus d'une année et qui l'emporta en quelques mois, cette malade ne reprit son égalité d'âme, son jugement et la plénitude de sa raison. Or, cette personne, qui me semblait calme et très déterminée à l'opération, en avait une terreur telle, qu'au moment de la subir elle se réfugia dans la chambre de sa mère, âgée, gravement malade, et à laquelle on était convenu de laisser tout ignorer; quoi que nous ayons pu faire, elle se refusa absolument à en sortir et il fallut remettre l'opération à un autre jour. Nous la fîmes presque par surprise et, néanmoins, je suis persuadé que l'obsession causée par la perspective de l'intervention que cette malade devait subir, a joué le plus grand rôle dans la perturbation de ses facultés mentales.

Je ne saurais trop insister sur la vérité de ce qu'a dit M. Bouilly sur la gravité que présentent les opérations faites chez les malades, qui sont comme sidérés par la peur : non seulement cet état de terreur me paraît la condition la plus favorable au développement de troubles mentaux post-opératoires chez les personnes, qui y sont disposées par leurs antécédents, mais dans ces circonstances, j'ai vu plus d'une fois survenir des accidents graves et même mortels, que l'on a rapportés à l'action du chloroforme et qui étaient dus surtout à la peur ; il me paraît certain également que

cet état prédispose au collapsus, et en diminuant la résistance du sujet aux causes diverses qui peuvent amener des complications, et qu'il diminue beaucoup les chances favorables de l'opération. J'appuierai donc la conclusion, à laquelle est arrivé M. Bouilly en disant, qu'il faut éviter de pratiquer une opération sur les personnes qui sont terrorisées par sa perspective.

Voici les trois seuls exemples de désordres mentaux post-opératoires qu'il m'ait été donné d'observer dans ma pratique ; il est curieux de constater que ce soit la même opération, l'amputation du sein, qui leur ait donné lieu. Quoique celle-ci constitue une véritable mutilation et, à un certain point de vue, une mutilation dans la sphère, sinon dans la zone génitale, je l'ai vue généralement bien acceptée et supportée par des femmes même jeunes et encore jolies. Je n'ai jamais observé de troubles semblables à la suite des autres opérations mutilantes que j'ai pratiquées.

Je crois qu'en pareil cas l'opération agit comme toute autre cause grave de perturbation, comme les pertes de fortune, les chagrins de famille, comme toutes les secousses morales. Ce n'est pas la soustraction d'un organe d'élaboration ou d'élimination, ce n'est pas le trouble apporté aux fonctions par des modifications de la circulation et de l'innervation qui déterminent l'explosion de cette sorte d'aliénation mentale. Chez des sujets prédisposés, l'opération agit par les préoccupations, la crainte, les regrets qui en sont l'accompagnement obligé. Comme nous ne possédons pas le moyen d'apprécier la résistance des sujets que nous devons soumettre à une opération à l'égard de ces causes de perturbation, nous ne saurions prévoir les effets passagers ou permanents que celles-ci pourraient déterminer : ce que l'on peut affirmer, c'est que ces désordres psychiques sont très rares, et que tout en tenant compte de la prédisposition que certains états nerveux antérieurs ou que la crainte de l'opération constituent à leur apparition, leur perspective ne saurait le plus souvent arrêter le chirurgien dans l'exécution d'une opération fondée sur des indications sérieuses et pressantes.

Discussion sur le traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac postérieur (suite).

M. Quénu. — Il me semble que nous sommes tous d'accord sur les avantages de l'incision dans le traitement de *certaines* suppurations pelviennes. Tous nous ouvrons le cul-de-sac de Douglas

chaque fois qu'il bombe et paraît devoir renfermer du pus. En outre, je reconnais avec mes collègues et M. Monod en particulier qu'il est des collections plus haut placées, ne faisant aucune saillie dans le vagin, et justiciables du même mode d'intervention : j'insiste souvent dans mon service sur cette dernière variété d'abcès périsalpingiens, dont la hauteur, selon moi, tient fréquemment à l'accollement adhésif préalable du péritoine au niveau du cul-de-sac de Douglas et il est une précaution que je recommande avec insistance, c'est d'inciser sur l'utérus et de suivre la face postérieure de l'utérus comme guide. Existe-t-il plusieurs poches secondairement accessibles après ouverture d'une première collection, elle-même purulente ou simplement séreuse, médianes ou latérales? j'ouvre ce qui se présente et j'établis un large drainage; il est bien évident que l'ouverture des poches se fait et sur les collections salpingiennes proprement dites et sur les collections périsalpingiennes.

Mais je m'éloigne beaucoup de l'opinion de M. Monod en ce sens que ces opérations sont pour moi non des opérations de choix, mais des opérations de nécessité et d'exception : à ce point de vue je me range à côté de M. Bouilly dont les conclusions, au moins en 1890, différaient totalement de celles auxquelles arrive aujourd'hui M. Monod. Voici en effet quelles étaient les conclusions de M. Bouilly : « tumeur accessible par le vagin, poche unique, peu épaisse, uniformément ramollie et fluctuante; lésion unilatérale; *le tout chez des sujets fébricitants épuisés, où la laparotomie semble offrir peu de chances de succès.*

Pour moi comme pour M. Bouilly l'incision vaginale des abcès tubaires ou ovariques ou périannexiels est une opération d'attente, destinée à offrir avec le moins de frais possible un soulagement immédiat. Que dans certains cas la guérison définitive s'ensuive, je l'accorde et j'en ai des exemples personnels, mais cette terminaison est loin d'être la règle, et je considère plutôt le contraire comme l'expression de la réalité.

Le foyer justiciable de l'incision vaginale est le foyer bas placé, mal circonscrit, englobé dans des adhérences et permettant l'évacuation du pus sans effraction de la grande cavité péritonéale, et encore, je le répète, l'incision ne sera-t-elle le plus souvent, que le premier acte du traitement chirurgical. Comme l'ont dit en 1890, à cette Société, Terrillon, Pozzi et Terrier et contrairement à M. Laroyenne, j'estime que dans la plupart des cas, la condition esentielle de la guérison complète et durable d'une salpingite un peu grave, est l'ablation du sac.

Dans les premières hystérectomies vaginales pour salpingites, on avait (la technique étant, encore à son début, insuffisante), une

tendance à se contenter de l'extirpation de l'utérus et de la large ouverture des poches purulentes : l'expérience nous a démontré que dans de pareils cas, après une première amélioration considérable et un rétablissement de l'état général, les douleurs reparaissent ou persistent. Je pense en résumé que notre opération est la plupart du temps insuffisante et que l'extirpation des poches salpingiennes est la véritable opération de choix. J'ai bien soin de spécifier, qu'il s'agit de collections dans les trompes ou dans l'ovaire, et non autour de ces organes. Je ne vois pas non plus au point vue de la conservation fonctionnelle, qu'elle peut être la supériorité de cette méthode.

Dans votre observation XIII, où la bilatéralité des lésions est diagnostiquée, il n'existait qu'une poche suppurée à droite, elle fut ouverte; si la masse mollasse située à gauche ne fut pas effondrée, c'est que le doigt ne parvint pas à y pénétrer : la malade devint enceinte trois ans après. La fécondation eût été aussi possible si on eût fait la laparotomie; j'ai maints exemples comme mes collègues, d'extirpations unilatérales, suivies de grossesses; on ne peut donc sérieusement compter cette considération à l'actif de l'incision vaginale, et l'inverse pourrait être soutenu.

L'incision simple, d'autre part, est-elle toujours innocente? J'insiste peu sur les fistules persistantes admises par M. Monod, mais je crois, en outre, que cette incision peut, par les adhérences solides qui en résultent, par la fusion des parois de la poche avec le vagin qui en est la conséquence, rendre plus difficile, plus laborieuse et plus dangereuse, une extirpation qu'une laparotomie précoce aisément et primitivement effectuée.

Qu'au début de l'histoire des suppurations pelviennes, où la mortalité des opérations radicales était élevée, on se soit arrêté au traitement de Laroyenne renouvelé de Chassaignac, je le conçois, mais actuellement, nous avons mieux : nous pouvons réellement dire que parmi les opérations abdominales, celles pour salpingites comptent dans les plus bénignes. Je conclus en limitant les indications de l'incision vaginale aux cas de suppurations périsalpingiennes proches du vagin, ou aux cas de poches salpingiennes adhérentes au cul-de-sac de Douglas, confondues par conséquent avec les précédentes, chez des malades dont l'état général se prête mal à une opération plus importante et plus radicale.

M. Ricard. — Notre collègue M. Monod vient de remettre en honneur le traitement des suppurations pelviennes par l'incision vaginale.

Malgré l'avis autorisé de notre collègue, malgré les perfection-

nements et la précision plus grande qu'il a donnée à la technique, je dirai même malgré sa statistique heureuse, je ne saurais partager son avis.

Sans doute, l'incision du cul-de-sac est moins bénigne que les interventions plus radicales d'extirpation des annexes, soit après laparotomie, soit après hystérectomie; mais les résultats sont loin d'être les mêmes.

Quand il s'agit de vastes collections chaudes, aiguës, bombant dans le vagin, nul doute que l'incision du cul-de-sac ne soit le traitement indiqué, en attendant mieux. Tout le monde est à peu près d'accord sur ce point.

Mais il ne saurait en être ainsi pour les suppurations chroniques des annexes. Sans vouloir entrer dans la discussion théorique de la question, je dirai cependant que les lésions suppurées, surtout celles d'origine gonococcique sont souvent bilatérales, que la poche kystique est rarement unique, mais assez souvent complexe, divisée par cloisonnement, siégeant dans la trompe, autour de la trompe, dans l'ovaire, ou bien entre la trompe et l'ovaire. Il y a des parois épaissies, infectées, dont les lésions sont si complexes, qu'il me paraît bien difficile, étant donné ce que nous avons vu qu'on puisse *a priori* admettre qu'une simple incision par le cul-de-sac puisse être suffisante pour en permettre la résorption.

Mais ici il faut apporter des faits. J'en ai actuellement cinq présents à la mémoire. Dans trois cas, que j'ai opérés à l'hôpital de la Charité, alors que je remplaçais Desprès, j'ai pratiqué l'incision vaginale.

Dans un cas, il s'agissait d'une jeune femme récemment mariée et récemment infectée; elle avait une suppuration péri-utérine diffuse avec saillie dans le vagin; la fièvre était intense; l'état général grave. Il n'y avait pas d'autre traitement possible que l'incision du vagin. Elle fut faite d'urgence. Mais, après une chute momentanée de la température, malgré l'évacuation large du pus — le drainage fait — la température remonta. Une perforation spontanée du rectum eut lieu quelques jours après et la malade succomba. Je dois dire que la perforation rectale ne fut pas le fait de l'incision, car la collection était des plus superficielles, des plus vastes, et l'écoulement fécal n'eut lieu qu'au bout de plusieurs jours.

Les deux autres cas ont trait à des femmes qui avaient des collections moins aiguës, mais donnant lieu cependant à des phénomènes fébriles persistants, à ces courbes de température irrégulière que nous observons dans les suppurations chroniques. Chez les deux, je fis l'incision vaginale. J'ouvris et dilacérai toutes les cavités purulentes que je pus atteindre. Après une atténuation des

symptômes, il fallut recommencer quelques mois plus tard, débarrasser les malades par une hystérectomie vaginale, l'une faite par notre collègue Rieffel, qui me remplaçait, l'autre par moi.

Dans ces cas, l'incision vaginale, et c'est là pour moi une indication sur laquelle il conviendrait d'insister, avait permis d'atténuer les symptômes, d'abaisser la fièvre, de remonter l'état général et de rendre les malades plus résistantes pour subir une intervention plus radicale.

Dans un autre cas que j'avais opéré à l'hôpital Necker par l'incision vaginale, je comptais avoir guéri ma malade, lorsqu'elle me fut envoyée à Bicêtre par mon collègue Rochard dans le service duquel elle était venue à Lariboisière. J'opérai cette malade qui avait conservé une fistule vaginale, une masse dure persistante et des douleurs. Je lui fis la laparotomie et extirpai les annexes.

Une autre femme, était atteinte de suppuration pelvienne, à la suite de couches. L'incision du cul-de-sac donna issue à une certaine quantité de pus. Une amélioration notable suivit l'acte opératoire. Mais une fistule vaginale persistait avec une masse assez volumineuse et indurée, je proposai d'intervenir à nouveau et d'ouvrir la masse indurée. Ce que je fis. Je pus atteindre par le vagin cette collection à parois épaisses ; elle était haut située, mais son ouverture fut encore insuffisante et, six mois après ma première intervention, une fistule persistant toujours, la masse pelvienne ne disparaissant pas, l'état général restant défectueux, je pratiquai l'hystérectomie vaginale qui, cette fois, amena une guérison définitive.

Ce que j'ai vu dans la pratique des autres, dans les différents remplacements que j'ai pu faire et dans les différents services où j'ai succédé à mes collègues, est fait pour me confirmer dans mon opinion. Aussi, jusqu'à plus ample informé, malgré la pratique de certains de nos collègues lyonnais, malgré le plaidoyer nouveau de M. Monod, je persiste à considérer l'incision vaginale dans la suppuration chronique comme un traitement de nécessité, souvent utile, permettant d'attendre une intervention plus radicale, mais d'une efficacité restreinte, surtout si l'on envisage les suites éloignées de l'intervention.

Lectures.

Paralysie d'origine cérébrale par stase consécutive à la ligature de la veine jugulaire interne,

par M. E. KUMMER,
membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Les ligatures veineuses, faites antiseptiquement, n'offrent plus de nos jours les dangers fort redoutés autrefois. Il est vrai que les mesures antiseptiques ne changent rien aux troubles de circulation consécutifs aux ligatures des grandes veines, mais grâce aux nombreuses anastomoses veineuses, l'équilibre circulatoire est ordinairement rétabli et les fonctions d'organes qui, comme le cerveau, sont parmi les plus sensibles, n'éprouvent ordinairement pas de perturbation sérieuse à la suite de l'obstruction de l'une des deux principales voies de retour du sang.

Nous avons pratiqué un assez grand nombre de fois la ligature de la veine jugulaire interne, sans avoir jamais observé de troubles graves dans la circulation cérébrale, aussi estimons-nous utile de faire connaître une observation qui fait exception à la règle et qui concerne un cas de mort par stase cérébrale survenue à la suite de la ligature d'une veine jugulaire interne.

Voici cette observation :

Observation.

Kysto-adénome de la mâchoire inférieure. Désarticulation de la moitié droite de la mâchoire. Ligature préventive de l'artère carotide externe et ligature de la veine jugulaire interne au cours de l'opération.

Mort dans le coma, cinq heures après l'opération. Hyperhémie veineuse de la pie-mère et du plexus choroïde. Plaques circonscrites d'hyperhémie au niveau des deux lobes frontaux. Épanchement sanguin dans les ventricules.

Mme F... (Alexandrine), âgée de cinquante-deux ans, originaire de la Haute-Savoie.

Antécédents héréditaires. — Père mort de fièvre typhoïde, mère morte de maladie inconnue ; deux sœurs mortes d'affections pulmonaires chroniques, probablement tuberculeuses, deux autres sœurs et deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante ; mariée à trente-deux ans, a eu cinq enfants, tous bien portants ; le dernier, âgé de trois ans, est venu au monde à une époque où la mère était déjà atteinte de la tumeur au sujet de laquelle elle vient nous consulter.

Commémoratifs morbides. — Il y a environ quatre ans, à la suite d'un refroidissement, une tuméfaction fit son apparition à la gencive de la mâchoire inférieure à côté d'une des dents molaires, à droite. D'aspect rougeâtre, du volume d'un petit pois, cette tumeur fut d'abord peu douloureuse, mais sa croissance constante, quoique lente finit par inquiéter la malade. Croyant avoir affaire à une affection dentaire, elle fit arracher cinq dents voisines de la grosseur et dont plusieurs étaient branlantes. La tumeur augmentant néanmoins, un médecin y pratiqua une incision suivie d'un abondant écoulement sanguin, assez difficile à arrêter; pas de pus. A mesure que la tumeur se développe, les douleurs s'accentuent; sensations de pulsations au niveau de l'oreille, de la tempe et de la lèvre inférieure du côté droit.

Ces derniers temps, à la suite de l'extension considérable de la tumeur, la mastication est devenue difficile, la déglutition est un peu gênée, aussi la malade ne prend-elle plus que de la nourriture liquide; une abondante salivation provoque de fréquents crachements. Sa situation étant devenue intolérable, la malade se décide à se soumettre à une opération.

Examen au 13 avril 1898.

État général. — Personne à l'aspect fort et vigoureux, bien musclée. tissu adipeux peu abondant, langue normale, pouls régulier, 80-90 par minute; artère radiale un peu dure; rien d'anormal dans les organes internes ni dans les urines.

Etat local. — Du côté droit de la mâchoire, une énorme tuméfaction empiétant sur la figure et sur le cou et proéminant vers la bouche, dont elle remplit la moitié.

Limites de la tumeur. — Limite supérieure : arc zygomatique, l'os molaire et la fosse canine sont recouverts; limite inférieure : correspond au niveau de l'os hyoïde; limite postérieure : apophyse mastoïde, le lobule de l'oreille étant soulevé; limite antérieure : ligne médiane. La tumeur a entièrement englobé l'apophyse alvéolaire de la moitié droite de la mâchoire inférieure, elle a repoussé du côté opposé la langue et l'arcade alvéolaire supérieure, cette dernière a imprimé à la tumeur un profond sillon longitudinal; le voile du palais est normal ainsi que le plancher de la bouche; la muqueuse buccale qui recouvre la tumeur, également normale, sauf en un endroit où existe un orifice fistuleux d'où sourd du pus sanieux. Les deux mâchoires sont privées de dents, sauf quelques débris cariés situés à la partie antérieure de la tumeur et entourés d'ulcérations superficielles de la muqueuse.

La peau, étendue par la tumeur, est amincie mais normale d'ailleurs, tachetée de dessins étoilés, figurant des capillaires dilatés et sillonnée de plusieurs grandes veines. La consistance de la tumeur est très inégale, nettement fluctuante par places, à d'autres endroits dure comme de l'os ou offrant la résistance d'une feuille de parchemin qu'il est possible de déprimer, mais sans produire le bruit connu du parchemin. On ne sent d'intact à la mâchoire inférieure que le condyle et la commissure médiane.

Toute la partie de l'os intermédiaire entre ces deux points est englobée dans la tumeur, et paraît comme boursouflée; les mouvements de la mâchoire sont considérablement restreints.

Opération le 15 avril 1898.

Piqûre de 1 centigramme de morphine; narcose au chloroforme. Préparation antiseptique usuelle. Incision oblique depuis la pointe de l'apophyse mastoïde le long du bord antérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien. Simple ligature sans division de l'artère carotide externe au-dessus de la naissance de l'artère thyroïdienne supérieure; prolongement de la première incision jusqu'au-dessous du menton. Division verticale de la lèvre inférieure par une incision reliant la commissure droite de la bouche à l'incision sous-mentonnière. Section à la scie à chaîne de la mâchoire inférieure dans la ligne médiane. Division de la muqueuse buccale jusqu'à la branche ascendante de la mâchoire. Division de toutes les parties molles s'attachant à la mâchoire. Grâce à la ligature carotidienne externe, ce travail s'exécute presque à sec.

L'apophyse coronoïde englobée dans la tumeur est ainsi délogée de sa niche, le tendon du muscle temporal est facilement divisé et la désarticulation terminée par torsion. L'apophyse glénoïdale intacte casse au niveau du col usé par le néoplasme. La cavité articulaire est intacte.

Un ganglion lymphatique engorgé, gros comme une prune et intimement adhérent au bulbe de la veine jugulaire interne doit ensuite être extirpé. A cette occasion la veine est blessée et pour faire une hémostase assurée, nous pratiquons la double ligature de la veine au-dessous du bulbe.

Immédiatement après la ligature, la région supérieure de la large plaie, exsangue jusqu'à ce moment, présente un abondant suintement en nappe par stase veineuse, suintement facilement arrêté par tamponnement temporaire.

Suture de la muqueuse et de la peau. Tamponnement d'une partie de la plaie avec de la gaze stérilisée entourée d'une simple couche de gaze iodoformée. La langue est retenue en avant au moyen d'un fil de soie attaché au pansement.

Durée totale de l'opération environ trois quarts d'heure.

Suites opératoires. — La malade, encore endormie, est portée dans son lit. Le pouls est bon comme fréquence et comme qualité, la température du corps point abaissée. En visitant l'opérée deux heures environ après l'opération, nous la trouvons toujours profondément endormie, respirant librement, pouls bon, environ 90 par minute. Les pupilles sont contractées, le réflexe palpébro-oculaire normal. A part le sommeil particulièrement profond, tout paraît aller pour le mieux.

Quatre heures après l'opération, la température axillaire est à 35°,8, le pouls 104, un peu irrégulier et de moins bonne qualité; la respiration profonde, mais libre; le sommeil toujours très profond, au dire de la sœur, les pupilles de grandeur moyenne et le réflexe palpébro-oculaire aboli.

La sœur surveillante, inquiétée par l'état de torpeur que présente la malade, nous fait en hâte appeler, et nous arrivons juste à temps pour

constater le décès de l'opérée survenu sans autres symptômes, cinq heures environ après l'opération.

Autopsie. — Dix-huit heures après la mort. Raideur cadavérique. Rien d'anormal dans la plaie. La veine jugulaire interne ouverte, nous trouvons un peu de sang liquide au-dessus de la ligature, au-dessous la veine est vide, aucune trace de thrombose.

A l'ouverture du crâne, rien d'anormal à la dure-mère. Le sinus longitudinal supérieur ne contient que peu de sang, dans la pie-mère les veines sont très fortement injectées tant à gauche qu'à droite, point d'aplatissement des circonvolutions cérébrales, donc pas de tension exagérée du liquide cérébro-spinal.

Vers le milieu des deux lobes frontaux et à droite jusque sur le lobe pariétal se trouve une coloration rosée en forme de tache diffuse et de la grandeur d'une pièce de 5 francs. A la coupe, on constate que la même coloration s'étend dans toute l'épaisseur de la substance grise et jusque dans la substance blanche.

A l'ouverture des ventricules latéraux, on trouve une faible quantité de liquide rouge; le même liquide se trouve en quantité notable dans le 3e ventricule et également mais moins abondamment dans le 4e ventricule. A la coupe des hémisphères, on constate une grande quantité de points sanguins veineux.

Cœur normal; aucun thrombus. Poumons normaux ainsi que les reins et la rate. Le foie présente de la dégénérescence graisseuse dans la partie périphérique des acini.

Anatomie pathologique de la pièce.

La pièce anatomique, conservée dans une solution à 4 p. 100 de formaline, mesure 15 centimètres de long sur 10 centimètre de large. Surface bosselée. A la coupe l'on trouve un tissu blanchâtre, transparent, au milieu duquel se trouvent plusieurs kystes, dont le plus grand mesure environ 7 centimètres de diamètre ; les autres, beaucoup plus petits, sont isolés; un seul d'entre eux communique avec le grand kyste ; le contenu de ce dernier est rougeâtre, liquide, sa paroi est lisse.

Les deux lames osseuses qui composent le corps de la mâchoire inférieure sont écartées l'une de l'autre par le néoplasme, auquel elles forment comme une espèce de coque mince; cette dernière ne s'étend point sur la totalité de la tumeur, mais comprend essentiellement la partie inférieure du néoplasme; l'apophyse coronoïde a disparu; à sa place se trouve une partie de la tumeur; celle-ci s'étend également sur le condyle dont elle n'a respecté que la partie articulaire proprement dite. La surface de la tumeur est bien nettement délimitée, il n'y a pas de contamination des parties molles adjacentes. Le ganglion lymphatique sus-mentionné a une longueur de 4 centimètres environ sur 1 centimètre de large. Sa consistance est molle; la surface de section de couleur rouge.

Histologie.

Les pièces conservées dans une solution à 4 p. 100 de formaline ont été coupées au microtome à congélation et les coupes colorées dans une solution d'hématoxyline-éosine.

1. *La tumeur.* — Sur diverses places de la tumeur et à des profondeurs variables, des parcelles de tissu sont prélevées et examinées.

Le caractère général de la texture histologique ressort bien clairement du dessin ci-joint. Dans les interstices irréguliers d'une maille formée par du tissu conjonctif fibrillaire, pauvre en noyaux et en vaisseaux, se trouvent des follicules de structure épithéliale dont voici les principaux caractères :

a) Couche externe, formée de cellules épithéliales à forme cylindrique, de hauteur moyenne, en simple rangée à gros noyaux allongés et fortement colorés à l'hématoxyline ; du côté du tissu conjonctif ambiant, cette simple rangée de cellules cylindriques présente une membrane limitante bien conformée.

b) A l'intérieur de cette couche se trouvent des cellules épithéliales de forme polyédrique, beaucoup de follicules, surtout les petits sont entièrement remplis de ces cellules ;

c) On trouve une troisième couche composée de cellules particulières que nous considérons comme des cellules épithéliales en voie de dégénérescence, dont le premier degré se manifeste par une augmentation du volume de la cellule ; celle-ci paraît comme boursouflée, son protoplasme absorbe moins de matière colorante, et les parties colorées s'amassent par traînées irrégulières soit au centre, soit plutôt vers la périphérie de la cellule. Le noyau de ces cellules subit lui-même une modification de forme bien accentuée ; d'arrondi qu'il est dans les couches extérieures, il devient bi ou multipolaire, irrégulier, et absorbe peu de matière colorante. Vers le centre de certains follicules, ces altérations protoplasmiques et nucléaires vont en augmentant ; en effet, le noyau devient de moins en moins visible, et finit par disparaître entièrement, les cellules s'allongent, s'aplatissent et en se surperposant les unes aux autres forment des pellicules plus ou moins concentriques sur la nature desquelles on pourrait avoir des doutes s'il n'était possible d'étudier leur évolution aux différents degrés de dégénérescence ; ces pellicules n'absorbent plus aucune couleur d'hématoxyline mais sont teintées en rose par l'éosine.

Dans d'autres follicules, le centre n'est pas formé d'une substance compacte, mais représente une cavité contenant des débris cellulaires et des granules amorphes : le follicule s'est transformé en kystes.

En examinant la structure de la paroi interne d'un des grands kystes susmentionnés, on observe à l'intérieur du tissu conjonctif qui forme sa paroi, des cellules épithéliales dégénérées tout à fait analogues à celles que nous venons de décrire.

2. *Le ganglion lymphatique.* — L'examen des coupes pratiquées dans le ganglion juxta-jugulaire fait reconnaître la présence du tissu lymphatique, sans dépôt de formations épithéliales ; il s'agit donc simplement

d'un engorgement ganglionnaire inflammatoire et non pas d'une métastase maligne.

3. *Cerveau, cervelet et moelle allongée.* — De multiples parcelles de tissu, prélevées en divers endroits des deux hémisphères du plancher du 4e ventricule, du pont de Varole et du cervelet, sont coupées et colorées de la manière sus-mentionnée. L'examen microscopique fait constater la présence de très nombreux vaisseaux sanguins et particulièrement de capillaires farcis de globules rouges du sang, fort bien conservés dans la formaline. Les capillaires contiennent ordinairement une simple rangée de globules rouges, quelquefois cependant ils paraissent dilatés et contiennent deux ou plusieurs globules sur le même diamètre.

Par place, nous avons trouvé, au milieu du tissu, des globules rouges, en apparence isolés, comme extravasés. Un examen minutieux nous a cependant fait reconnaître qu'il s'agissait là non pas d'un globule extravasé, mais d'une coupe transversale d'un capillaire, dont la direction est très fortement oblique ou presque perpendiculaire au plan de la coupe. En mettant au point des couches soit plus superficielles, soit plus profondes de la préparation, nous avons presque toujours pu révéler l'existence du canal capillaire renfermant le globule sanguin.

La préparation de nos coupes, ainsi que leur coloration, n'a pas été propre à nous laisser observer des altérations intimes dans la structure protoplasmique ou nucléaire des cellules ganglionnaires; le temps écoulé entre l'opération et la mort ayant été trop court pour laisser prévoir l'existence de ces désordres, nous n'avons pas eu recours à des méthodes de *préparation* et de *coloration* particulières.

Conclusions relativement à la nature et au pronostic de la tumeur. — La nature, décrite par nous, répond à la dénomination de kystoadémone folliculaire de la mâchoire inférieure. Le point de départ de cette tumeur doit être, selon toute probabilité, attribué aux organes dentaires ou aux amas de cellules paradentaires décrits par Malassez.

La muqueuse buccale ou gingivale, considérée comme point de départ de tumeurs analogues, ne peut entrer en question dans le cas qui nous occupe, par le simple fait que cette muqueuse a été partout intacte et indépendante du néoplasme.

Le type folliculaire du néoplasme ayant été partout conservé, il n'est pas permis d'admettre la malignité de la tumeur dans le sens du carcinome, qui envahit par prolifération atypique des éléments cellulaires ; d'autre part, le bourgeonnement de très nombreux petits follicules et surtout le développement clinique, uniformément progressif, impriment à cette tumeur un cachet de malignité locale indéniable, mais sans tendance à la généralisation. Il ne peut guère paraître douteux que par l'évolution ultérieure de cette énorme tumeur, la santé de la malade aurait été rapidement compromise par défaut de nutrition, et des phénomènes septiques provenant du foyer de ramollissement purulent de la tumeur auraient pu rapidement amener un dénouement fatal. D'autre part, il est tout aussi évident que si la malade avait pu sup-

porter notre intervention, elle en aurait bénéficié probablement d'une façon durable et définitive.

Considérations sur la cause de la mort. — Il nous paraît superflu d'expliquer longuement les raisons permettant d'admettre comme cause de la mort un désordre cérébral.

Ce qui exige un examen plus attentif, est la question de savoir si la paralysie cérébrale est attribuable à l'effet immédiat de cette opération ou bien plutôt à l'intervention de causes secondes telles que l'intoxication par le chloroforme, par la morphine ou par des substances antiseptiques.

Arrêtons-nous un instant à cette dernière éventualité, que nous rejetons pour la raison bien simple que les substances sus-mentionnées ont été employées en quantité absolument insuffisante pour amener la mort d'une personne relativement encore robuste.

La quantité de morphine employée n'a pas dépassé la faible dose de 1 centigramme ; quant au chloroforme, dont 140 grammes ont été employés, à aucun moment, ni pendant l'opération ni après, la malade n'a présenté aucun des symptômes bien connus de la paralysie chloroformique. Les pupilles sont restées contractées, le réflexe palpébro-oculaire conservé ; l'effet de la cause paralysante a été du reste en augmentant depuis la fin de l'opération, c'est-à-dire à un moment où l'effet au chloroforme et de la morphine devait nécessairement aller en diminuant.

Aucune substance antiseptique autre que l'iodoforme contenu dans une mèche de gaze n'a été apportée sur la plaie et l'intoxication iodoformique produit des symptômes bien différents de ceux que nous avons notés. Du reste, comment expliquer par un effet toxique l'hyperhémie veineuse de l'encéphale et l'extravasation de sang dans le liquide ventriculaire? Ces désordres du système vasculaire ne seraient-ils pas sous la dépendance des ligatures que nous avons pratiquées aux vaisseaux cervicaux et particulièrement à la veine jugulaire interne?

Nous avons pratiqué cette ligature assez fréquemment sans avoir jamais observé d'accident ; le cas présent serait donc incontestablement exceptionnel, si la ligature de la veine jugulaire interne devait effectivement causer la mort.

Dans l'exposé de l'observation, nous avons déjà insisté sur l'engorgement des vaisseaux capillaires, particulièrement dans l'écorce des hémisphères ; circonstance pathologique, à notre avis, quoique nous admettions volontiers le doute à cet égard. En effet, il s'agit ici d'une question de quantité, et il est difficile de déterminer nettement le point qui sépare la vascularisation normale de l'hyperhémie pathologique.

Une autre circonstance notée à l'autopsie est bien nettement pathologique : ce sont les deux foyers circonscrits d'hyperhémie, localisés aux deux lobes frontaux.

Dans une observation publiée par Rohrbach et analogue à la nôtre, nous trouvons après la ligature isolée de la veine jugulaire interne deux foyers de ramollissement, localisés sur l'écorce cérébrale à la même place où se trouvent nos foyers hyperhémiques.

On ne s'étonnera pas que cinq heures après la mort, une dégénérescence bien caractérisée avec ramollissement de la substance cérébrale n'ait pas eu le temps de s'établir, mais la délimitation bien accentuée de ces foyers d'hyperhémie démontre suffisamment, croyons-nous, leur caractère pathologique, c'est-à-dire le début de foyers de ramollissement,

Nous en venons maintenant à l'argument principal pour établir la réalité d'une stase veineuse chez notre opérée.

Comment, en effet, se passer de cette hypothèse pour expliquer l'épanchement de sang aux ventricules cérébraux? Voilà bien une démonstration péremptoire du trouble de la circulation cérébrale, et pour l'expliquer nous ne voyons pas quelle autre circonstance pourrait être invoquée, sinon précisément la ligature de la veine jugulaire interne. Nous devons donc retenir comme un fait important, que la ligature de la veine peut produire un trouble de circulation par stase sanguine, et entraîner à la suite la mort par paralysie cérébrale. Pour être une exception, ce fait brutal n'en est pas moins important.

En effet, la ligature de la veine jugulaire interne est ordinairement bien supportée. Cette veine, une fois liée, a bénéficié comme toutes les autres des bienfaits de l'antiseptie, la thrombose ne s'observe plus, ou très exceptionnellement ; la pyohémie n'est plus guère connue et l'effet fonctionnel résultant de l'obstruction de l'une des deux principales voies de reflux du sang est habituellement nul, ou insignifiant.

Rohrbach, dans une statistique de quatre-vingt-onze cas de ligature isolée de la veine jugulaire, a noté quatorze fois la mort consécutive à l'intervention, et une fois seulement, dans ces quatorze cas, la mort est directement attribuable à un trouble de la circulation cérébrale consécutif à l'obstruction de l'une des deux principales voies de reflux du sang. C'est le cas déjà plusieurs fois mentionné de Bruns, publié par Rohrbach. Nous prenons la liberté d'en citer les principaux faits.

Une femme, âgée de cinquante-sept ans, fut opérée par Bruns, pour des ganglions carcinomateux du côté gauche du cou et consécutifs à un cancroïde du nez, antérieurement opéré et localement guéri. Au cours de l'opération, la veine jugulaire interne

gauche fut ligaturée et réséquée. L'opération terminée sans incidents, la malade ne se réveille plus entièrement de la narcose, état comateux pendant huit jours.

Le soir de l'opération, la malade ouvre les yeux quand on l'appelle par son nom, mais pour retomber tout de suite dans un état de somnolence. Le réflexe de la cornée existe. Le lendemain, même état comateux; comme symptôme d'irritation cérébrale, on constate des mouvements continuels de flexion et d'extension de la jambe droite.

La malade réagit encore moins que la veille. Incontinence d'urine et de matières fécales. Le troisième jour, même état comateux; persistance du réflexe cornéen; mouvements automatiques des extrémités supérieure et inférieure droites; insensibilité aux piqûres; la malade, appelée par son nom, ouvre lentement les yeux.

Au cinquième jour, la malade peut montrer la langue; d'ailleurs, même état de somnolence. Les mouvements automatiques des extrémités droites ont cessé et sont remplacés par des mouvements analogues du côté gauche. Respiration libre.

Le septième jour après l'opération, la respiration devient subitement superficielle et râlante. Mort.

Dans toute cette observation, nous n'apprenons malheureusement rien d'un symptôme qui nous aurait intéressé au plus haut point : l'état du pouls.

Voici maintenant le résultat de l'autopsie : la dure-mère présente une tension moyenne; dans le sinus longitudinal supérieur et dans les veines qui y affluent se trouve une abondante quantité de sang et une membrane fibreuse ténue. La face interne de la dure-mère est lisse et luisante dans sa plus grande étendue; à gauche, l'on constate quelques dépôts hémorrhagiques. La pie-mère fortement injectée est luisante. Les circonvolutions sont normales, mais un peu aplaties à la partie du lobe frontal droit. A cet endroit, sur l'étendue d'une pièce de cinq francs, la substance cérébrale présente un aspect mat et contient de petites extravasations sanguines; l'écorce cérébrale est ramollie.

Un deuxième foyer de ramollissement de tous points analogue au premier se trouve au niveau de la deuxième circonvolution frontale gauche. Le ramollissement est localisé sur l'écorce cérébrale et la partie blanche adjacente. Au niveau des circonvolutions centrales, des deux côtés, s'observent encore plusieurs petits foyers de ramollissement de l'écorce cérébrale.

Le reste de la substance cérébrale a une consistance normale et présente à la coupe beaucoup de points sanguins.

En examinant la dure-mère, on constate une asymétrie des

sinus extrêmement remarquable. En effet, le sinus latéral gauche est très large, le droit étroit, du calibre d'une aiguille à tricoter; la même asymétrie se retrouve au crâne. La gouttière destinée au sinus latéral droit, fait pour ainsi dire défaut ; la partie supérieure de la veine jugulaire va en s'amincissant vers la base du crâne, où elle présente le calibre d'un tuyau de plume de corbeau perméable.

Nous avons voulu mentionner cette observation avec quelques détails, car elle nous offre, d'une façon bien remarquable, les conditions de la pureté d'une expérience à propos de la stase cérébrale par obstruction des voies de retour.

Au point de vue anatomique, cette stase par obstruction des voies de retour se manifeste par des phénomènes bilatéraux d'hyperhémie veineuse et de ramollissement.

La bilatéralité de ces désordres mérite une mention toute spéciale ; ni pour l'hyperhémie veineuse, ni pour les foyers de ramollissement il n'y a prédominance d'un côté au profit de l'autre.

On se rappelle que, dans notre cas, nous avons constaté cette bilatéralité, non pas de foyers de ramollissement, le temps faisant défaut pour leur apparition, mais de foyers d'hyperhémie, localisés aux lobes frontaux, environ à la même région que les foyers du cas de Bruns.

En se rappelant, du reste, les nombreuses et larges communications entre les sinus des deux côtés, la bilatéralité des lésions ne paraîtra guère surprenante. C'est du reste le fait de ces communications larges et nombreuses des sinus dure-mériens qui garantit l'innocuité de la grande majorité des ligatures de la veine jugulaire.

Dans un cas, comme celui-ci de Bruns, avec hypoplasie aussi prononcée de l'une des jugulaires, la ligature de l'autre, malgré les communications de sinus, amènera une stase sanguine facile à comprendre et probablement fatale pour tous les cas analogues.

Ces cas d'hypoplasie unilatérale sont cependant rares, et la coïncidence de cette anomalie de conformation avec une ligature de la jugulaire opposée sera plus rare encore ; elle n'a pas existé dans notre cas où les sinus latéraux ont été tous les deux larges et bien conformés ; il est vrai que nous n'avons pas suivi à l'autopsie la veine jugulaire de l'autre côté, mais vu la conformation normale des sinus latéraux, nous croyons pouvoir admettre aussi celle des deux veines jugulaires.

Nous devons donc rechercher pour notre cas une autre circonstance adjuvante pour l'apparition de troubles circulatoires encéphaliques.

A cet égard, il nous paraît parfaitement plausible de supposer

qu'une compression un peu forte de la région cervicale et provenant d'un pansement compressif puisse amener une obstruction partielle de la veine jugulaire laissée intacte, et nous sommes bien décidé à ne pas perdre de vue cette considération la prochaine fois que nous aurons à pratiquer la ligature de la veine jugulaire interne. Nous avions appliqué à la fin de notre opération un grand pansement compressif, et nous regrettions de n'avoir pu nous trouver sur place suffisamment tôt pour enlever le pansement qui comprimait assurément quelque peu la région cervicale.

La ligature simultanée de l'artère carotide externe serait-elle susceptible d'augmenter en une certaine mesure la stase veineuse jugulaire commune ? A première vue, cela ne semble guère probable ; l'apport du sang étant supprimé dans l'artère méningée moyenne, les chances de stase semblent plutôt diminuée par ce fait.

Il ne faudrait cependant pas oublier certaines observations anatomiques faites à la suite de la ligature isolée de la carotide interne et qui démontrent que cette ligature, loin d'être simplement suivie d'anémie cérébrale, comme cela pourrait être supposé *a priori*, produit après une période préalable d'anémie un état prononcé de stase veineuse, attribuable sans doute à la suppresrion de la vis à tergo.

Nous nous permettrons de citer ici une observation publiée par Zimmermann et relative à un malade chez lequel Ogerny avait pratiqué la ligature de l'artère carotide primitive ; il s'agissait d'un homme de trente-huit ans, atteint d'anévrysme de l'artère carotide primitive gauche. Double ligature de cette dernière. Mort le lendemain de l'opération. A l'autopsie, on constate du ramollissement de la substance cérébrale au niveau de la capsule interne gauche, un thrombus frais de l'artère de la fosse sylvienne dans le rameau communicant antérieur et dans l'artère du corps caudé à gauche ; en outre, de l'œdème cérébral bien prononcé et localisé à gauche, de la stase dans les veines de la pie-mère à gauche. L'auteur auquel nous empruntons cette observation y trouve une démonstration frappante du fait que l'anémie cérébrale primitive consécutive à la ligature du vaisseau artériel principal peut être suivie de stase et de transsudation séreuse, par suite de la suppression de la vis à tergo et du ralentissement consécutif de la circulation veineuse dans l'encéphale.

La diminution de la vis à tergo, consécutive à l'occlusion de l'artère méningée moyenne, ne pourrait-elle pas, dans notre cas, avoir contribué, en quelque mesure, à produire la stase veineuse, que nous avons signalée et qui a amené la mort ? Nous croyons devoir l'affirmer.

Par l'intermédiaire de quel mécanisme la stase veineuse devient-elle mortelle, et y aurait-il moyen d'y remédier la stase une fois déclarée?

Dans le cas sus-mentionné de Bruns-Rohrbach, de multiples foyers de ramollissement ont été signalés, au niveau de diverses provinces de l'écorce cérébrale et dans les parties voisines de la substance blanche; aucune des lésions décrites par cet auteur ne nous paraît être directement mortelle, aussi la véritable cause de mort ne peut-elle être supposée d'après la description, malheureusement fort incomplète, du tableau clinique. Dans notre cas, nous n'avons pas observé de foyers de ramollissement; le temps nécessaire à la production de ces lésions, du reste fait défaut; il ne s'agissait pas non plus d'une augmentation considérable de la pression intra-cranienne, du moins les symptômes cliniques, pas plus que l'observation anatomique, ne nous l'ont fait admettre.

Par contre, nous avons noté un épanchement sanguin considérable dans les ventricules cérébraux, particulièrement intense dans le 3e ventricule et à un degré un peu inférieur, il est vrai, au 4e ventricule. La contamination par ce liquide anormal peut être associée à un certain degré de pression. A-t-elle pu suffire pour paralyser les centres automatiques situés au plancher du 4e ventricule? Rien, nous semble-t-il, ne s'oppose à admettre cette hypothèse, qui donne à notre avis la seule explication plausible de la paralysie cérébrale.

Au point de vue thérapeutique, nous pensons que la décompression complète de la région cervicale aurait pu être d'une réelle utilité ; on aurait pu raisonnablement penser aussi à une saignée pratiquée sur le bout central de la veine jugulaire ligaturée. Malheureusement, le dénouement fatal s'est opéré d'une façon tellement précipitée que ces mesures n'ont pu être mises à exécution.

Communications.

L'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligatures (angiotripsie),

par M. TUFFIER.

Dans la séance du 22 décembre 1897, je vous ai présenté un *angiotribe* puissant au moyen duquel j'avais pratiqué l'hystérectomie abdominale et vaginale, sans laisser ni pince ni ligature, et je vous disais que cette façon de procéder pourrait rendre de grands ser-

vices dans l'*hystérectomie vaginale*, en supprimant l'emploi des pinces à demeure. J'ai, depuis cette communication préalable, poursuivi cette étude et je vous apporte aujourd'hui 23 ablations de l'utérus par le vagin, opérées sans pinces et sans ligatures.

Ces 23 malades ne sont pas choisies. Depuis le 18 décembre 1897, j'ai appliqué systématiquement mon procédé dans tous les cas qui se sont présentés, à l'exception de deux malades, dont les ligaments larges infiltrés par un néoplasme dans un cas, dont les adhérences très multipliées dans les autres me firent hésiter.

22 de ces cas ont été opérés dans mon service de la Pitié, 1 a été opéré à la Maison de santé de la rue Blomet.

Je désire vous présenter aujourd'hui ma *statistique intégrale*, et la *technique employée*. D'une part, la variété des affections opérées, et de l'autre, le grand nombre de chirurgiens français et étrangers, auxquels j'ai montré ce procédé, justifient cette communication précoce, car je ne sache pas que cette méthode ait été exécutée avant nous. Ma *statistique* comprend :

12 suppurations pelviennes ;

2 suppurations pelviennes bilatérales compliquées d'hématocèle ;

8 fibromes, dont un compliqué de salpingite suppurée, l'autre d'un prolapsus vulvaire ;

1 cancer du col.

Tous ces cas ont trait à des hystérectomies totales, dont 19 *primitives*. J'ai pratiqué quatre fois l'hystérectomie *secondaires*. Si cette opération entre pour une large part dans ces chiffres, c'est que je la considère comme la méthode de choix pour les grosses suppurations pelviennes, et que depuis sept ans je ne me suis pas departi de la façon de faire que j'ai exposée en 1895, dans la thèse de Rodriguez : incision du cul-de-sac postérieur pour vider les poches purulentes; hystérectomie secondaire, si les accidents persistent ou se renouvellent. J'ai assisté aux luttes entre la voie vaginale et la voie abdominale, tour à tour regardées comme méthodes de choix, sans changer de conduite. Dans trois cas de suppurations pelviennes graves, je dus morceler l'utérus sur place et faire l'angiotripsie du fond de la cavité vaginale. Dans les autres cas, l'utérus fut basculé et dut être amené à la vulve.

Les résultats opératoires ont été les suivants. Une seule de mes malades, opérée pour une double annexite suppurée et une ancienne hématocèle, femme de trente-quatre ans, cachectique et

que j'avais hésité longtemps à opérer, a succombé à une péritonite septique vérifiée à l'autopsie. Mon interne, M. Barbarin, a injecté les utérines et a disséqué la pièce. Hémostase et cicatrisation vasculaire parfaite.

J'ai eu une seconde malade morte de congestion pulmonaire grippale double au huitième jour, au cours d'une épidémie survenue à la Pitié. Le péritoine était absolument intact, et la cavité vaginale parfaitement étanche.

La *technique* employée est simple. L'ablation de l'utérus est faite suivant les règles générales de l'hystérectomie, c'est un point sur lequel je n'ai rien à vous apprendre. Mais quel que soit le procédé qui jouit de votre faveur, il aboutit, en somme, à deux solutions; ou bien l'utérus bascule en avant et ne tient plus que par ses deux ligaments larges, ou bien, dans des cas exceptionnels, l'utérus est et reste absolument immobile : vous êtes obligés de l'enlever ou de le morceler sur place et vous faites le pincement du ligament large *en étages*. Pour plus de lucidité, je prends le cas type : l'utérus, vidé de ses fibromes, libre de ses adhérences, hémisectionné sur la ligne médiane, est attiré à la vulve et a basculé, et dans le procédé ordinaire, vous allez placer les pinces à demeure et vous pratiquez l'angiotripsie. 1° Passez le doigt derrière le ligament large gauche, et au lieu de placer la longue pince, vous placez les mors de l'angiotribe et vous serrez la *partie supérieure* du ligament large que vous coupez dans l'étendue de ces mors, puis vous desserrez et enlevez l'instrument. L'artère utéro-ovarienne est détruite. 2° Mettant alors l'index derrière la *base* du ligament large, vous introduisez de bas en haut l'instrument, comme une pince ordinaire, même serrement, même section. En somme, vous opérez exactement comme si vouliez laisser les pinces à demeure avec cette seule différence que vous enlevez immédiatement l'instrument. La manœuvre faite sur le ligament large gauche est répétée sur le ligament droit. L'utérus enlevé, il nous reste une cavité béante limitée de chaque côté par un ligament large blanc et mince comme une feuille de papier. L'hémostase est complète et absolue.

Si l'utérus est volumineux, si la vulve est étroite, si vous êtes gêné dans vos manœuvres, et surtout si vous n'avez pu amener l'utérus à l'orifice vaginal, vous pouvez opérer plus simplement : *Faites l'hystérectomie comme vous voudrez et comme vous pourrez;* l'utérus abattu, il vous reste sur chaque ligament large un certain nombre de pinces, et dans ce cas ayez la précaution de ne mettre que des pinces ayant 5 centimètres de mors comme maximum, prenez la pince inférieure du ligament gauche, appliquez au ras et en dehors les mors de l'angiotribe, serrez à fond l'instrument,

puis enlevez la pince simple, desserrez et enlevez l'écraseur, la surface écrasée sera étanche ; prenez la pince siégeant immédiatement au-dessus, et faites de même. Traitez ainsi tous vos pédicules pincés, vous aurez toute la région hémostasiée définitivement.

Pendant cette angiotripsie deux *précautions* sont à prendre. L'instrument doit être serré jusqu'à ce que toute la vis ait disparu derrière la branche, cela va de soi, mais surtout les mors de l'instrument doivent rester *immobiles*. Bien que je n'aie jamais eu d'accident, l'examen des pinces chez les animaux me fait croire que les mouvements des mors de la pince pourraient déchirer les vaisseaux en dehors de l'instrument par traction, surtout s'il s'agissait de tissus scléreux, indurés, infiltrés comme cela a lieu avec les pinces ordinaires. La prise du ligament large dans l'instrument ne doit *pas être trop étendue*, elle doit correspondre au plein des mors, enfin les mèches aseptiques doivent bien garnir toute la hauteur du ligament large ainsi écrasé.

Les suites opératoires sont vraiment d'une simplicité extraordinaire, l'écoulement séreux est très peu marqué, il n'y a point à attendre l'élimination de ces eschares qui, avec l'écoulement souvent séro-purulent et quelquefois fétide, constituent un des inconvénients de l'hystérectomie vaginale classique. Les malades ne souffrent pas après l'opération ; au 5e et au 6e jour les deux mèches sont enlevées.

Je ne veux pas faire ici le procès des pinces dans l'hystérectomie vaginale, je ne veux pas davantage attaquer les ligatures, que je pratique pour toutes les opérations mais, je considère que l'opération faite par ce procédé m'a montré chez mes malades un progrès réel, sans compromettre leur sécurité.

Dans mes premières opérations, pour lesquelles j'ai voulu m'entourer de toutes les précautions possibles, mon interne, M. Desfosses, craignant une hémorrhagie, dans un cas de lipothymie post-opératoire sans écoulement sanguin qui pouvait faire craindre une hémorrhagie interne, pratiqua de suite une boutonnière hypogastrique, qui démontra l'intégrité absolue de l'abdomen, la malade n'avait pas la moindre hémorrhagie et guerit parfaitement. Chez une seconde malade, l'écoulement sanguin par la vulve étant plus abondant qu'il ne devait être, on enleva le tamponnement et on constata que le suintement était dû à la tranche postérieure du vagin ; les téguments larges étaient parfaitement étanches. On remit deux mèches et tout se passa sans aucun incident.

Lecture.

Anévrysme de l'artère poplitée traité par l'extirpation (guérison),

par M. le Dr Louis Beurnier, chirurgien des hôpitaux.

Le travail est renvoyé à une commission : MM. Picqué; Michaux; Guinard, rapporteur.

Présentation de malades.

M. Kirmisson. — Messieurs, sur la demande de mon ami M. Nélaton et sur la mienne, la Société de chirurgie a mis à son ordre du jour le traitement conservateur de la tuberculose chirurgicale. En attendant que la discussion générale s'ouvre sur cette grande et importante question, le meilleur moyen de la préparer consiste, selon moi, à vous présenter le plus grand nombre possible de malades traités par cette méthode, afin que la discussion porte, non sur des assertions sans preuves, mais sur des faits précis. C'est à ce titre que je désire vous présenter les deux malades suivants :

La première est une petite fille de huit ans, entrée dans mon service pour un énorme abcès froid articulaire communiquant avec l'articulation du genou droit. Le 17 février dernier, j'ai pratiqué au côté externe du genou une ponction aspiratrice, de façon à éviter une bosselure située au côté interne, et au niveau de laquelle la peau était déjà amincie. Nous avons évacué ainsi 700 grammes de pus environ, et injecté 15 grammes de la solution d'éther iodoformé à 10 p. 100, soit 1 gr. 50 d'iodoforme. Le genou a été immobilisé dans une gouttière plâtrée.

Le 19 mars, le liquide s'étant en partie reproduit, nous avons fait une seconde ponction semblable à la première, et nous avons injecté comme la première fois 15 grammes d'éther iodoformé. Aujourd'hui, trois mois après le début du traitement, la petite malade est guérie. Il reste seulement de l'augmentation de volume du condyle interne et de l'atrophie du triceps, contre laquelle nous luttons par le massage et l'électrisation, en même temps que nous exerçons sur le genou la compression élastique avec une bande de caoutchouc.

Le second malade, petit garçon de cinq ans, présentait un abcès froid de la fosse iliaque droite, en rapport avec une altération du bassin, son état général était très mauvais, teint terreux, éma-

ciation extrême, perte de l'appétit. Le cinq mars, nous lui avons fait une ponction suivie de l'injection de 10 grammes d'éther iodoformé, soit 1 gramme d'iodoforme. Dix jours environ après, l'orifice de la ponction est devenu fistuleux et a donné passage à du pus mélangé de matière caséeuse. Malgré cette fistule (et c'est là le point sur lequel je désire insister devant vous), je ne me suis pas tenu pour battu et je n'ai pas eu recours à une autre intervention. La température ne s'est jamais élevée, il n'y a jamais eu de septicémie, et aujourd'hui l'enfant est complètement guéri ; son état général est redevenu excellent.

M. Poirier. — Les tentatives de M. Kirmisson sont très intéressantes, mais je ne crois pas qu'il puisse dire qu'il soit arrivé ici à des résultats complets : je ne laisserais pas cet enfant marcher avec son arthrite du genou sans crainte de voir les lésions se reproduire bientôt.

M. Brun. — J'appuie ce que vient de dire M. Poirier; comme M. Kirmisson, je suis très partisan de l'éther iodoformé, et je reconnais qu'il a tari ici l'abcès. Mais il existe encore une tumeur blanche en évolution. Si on laisse marcher le malade, les symptômes inflammatoires pourront reparaître. Cet enfant n'est pas guéri, il a encore besoin d'être immobilisé de dix-huit mois à deux ans avant qu'on puisse être sûr de la guérison.

M. Lucas-Championnière. — Je suis de l'avis de mes collègues qui ne considèrent pas cette guérison comme définitive, mais je ne partage pas leur manière de voir quand ils nous disent qu'on ne peut pas faire marcher cet enfant : j'en ai guéri de pareils en les faisant marcher. J'ai soigné dernièrement un enfant atteint de tumeur étanche du genou qui avait des fongosités, il a marché et il a bien guéri. Ce résultat est intéressant; je ne crois pas que M. Kirmisson le présente comme un cas de guérison complète; quant à l'autre enfant qui a présenté une fistule à la suite de l'injection d'éther iodoformé, je crois que la conduite de M. Kirmisson est celle que nous suivons presque tous : pour mon compte personnel, j'ai agi souvent comme lui. Si on veut, avec les injections d'éther iodoformé, avoir du succès, il faut y mettre une grande persévérance.

M. Kirmisson. — Je ne présente pas cet enfant comme guéri définitivement, je voulais seulement insister sur la guérison de cet énorme abcès froid articulaire, j'en ai rarement vu d'aussi

volumineux. Je fais remarquer, enfin, que nous sommes en présence d'une vieille arthrite et qu'il n'est pas étonnant de voir persister des déformations articulaires.

Ictère chronique sans calculs. Laparotomie. Guérison.

M. Quénu. — Je présente ce malade au sujet duquel j'ai l'intention de faire une communication ultérieure, afin que vous puissiez juger de son bon état de santé actuel et de sa vigueur.

Age, trente-sept ans. Profession, gazier. Il est entré dans notre service le 11 mars, adressé par notre collègue M. Delpeuch, avec tous les accidents d'une rétention biliaire datant de quatre mois.

Ictère intense et persistant, décoloration complète des fèces, augmentation de volume du foie, qui débordait de 4 à 5 travers de doigt le rebord costal; diarrhée rebelle, coloration ictérique des urines. Pas de douleurs intenses, mais petites coliques autour de l'ombilic, amaigrissement, malgré une conservation relative de l'appétit, tel était en peu de mots le tableau clinique à l'entrée en médecine en février, état non modifié au moment de l'entrée en chirurgie. Le syndrome « coliques hépatiques » ne paraît pas avoir jamais existé avec netteté, néanmoins S... a présenté quelques crises douloureuses avec vomissements, il en a eu sous nos yeux.

Nous faisons, le 28 mars une laparotomie exploratrice avec la pensée qu'il peut exister un calcul du cholédoque. L'exploration prolongée et attentive du cholédoque ne révèle aucune concrétion, mais au niveau de la tête du pancréas, on sent une induration limitée. J'incise le péritoine sur le pancréas, et avec le stylet je pénètre dans le tissu pancréatique dans la direction du cholédoque. Aucun calcul n'est senti.

La vésicule biliaire dilatée et pleine de liquide avait été dès le début de l'opération vidée par une ponction; l'exploration du cystique nous laisse supposer que ce canal est imperméable, ce qui est confirmé, d'une part, par la non-réplétion de la vésicule, après la ponction et d'autre part, par l'absence complète de pigment biliaire révélé ultérieurement par l'analyse chimique dans le liquide qu'elle contenait. La vésicule étant malade et dilatée, son extirpation devant présenter quelques difficultés, j'établis avec un petit bouton de Murphy une anastomose du fond de la vésicule avec l'estomac.

Suites simples : quinze jours après, les fèces commencent à se colorer, la teinte ictérique des téguments a presque disparu.

L'amélioration se poursuit avee rapidité, l'activité des fonctions digestives se réveille et la malade dévore. Son poids, qui était de 69 kilogrammes, est actuellement de 81 kilogrammes : il a donc gagné 12 kilogrammes; les selles sont régulières, les digestions excellentes, le foie a diminué de volume, c'est à peine s'il persiste une légère teinte subictérique d'une partie des conjonctives.

Présentation d'épreuves radiographiques.

Remplacement de la diaphyse tibiale par la diaphyse péronière.

M. Poirier. — Messieurs, il y a trente-trois mois, je vous ai présenté un jeune homme, âgé de neuf ans, sur lequel j'avais pratiqué le remplacement des trois quarts de la diaphyse tibiale, nécrosée à la suite d'ostéo-myélite, par la même longueur de la diaphyse péronière du même côté. Ayant ainsi fait passer le corps du péroné à la place de celui du tibia, pour réunir les deux extrémités de ce dernier, je vous montrai que la réunion s'était effectuée : la jambe ainsi obtenue était solide, déjà l'enfant pouvait marcher en s'appuyant dessus. Je terminai ma présentation en exprimant la ferme conviction « que ce péroné, appelé à jouer le rôle de tibia, ne tarderait pas à s'hypertrophier par la répétition incessante de la fonction qu'il allait désormais accomplir » (Bull. Soc. de Chir., séance du 3 juillet 1895).

Ma conviction était fondée uniquement sur cette loi, aujourd'hui universellement admise, que l'organe n'est point fait pour une fonction qu'il n'est point *destiné à*, comme dit encore le langage courant, mais que *c'est la fonction qui fait l'organe.*

Les faits sont venus justifier mes prévisions. Je puis aujourd'hui vous présenter des radiographies qui prouvent ce développement progressif du péroné. Sur la première de ces radiographies, faite par M. Bordas un an après l'opération, l'hypertrophie de la portion, du péroné qui a été appelée à remplacer la diaphyse tibiale apparaît déjà. En effet, tandis que le bout supérieur du péroné, inutilisé et ayant gardé ses dimensions premières, mesure 8 millimètres de largeur, la portion du péroné que j'ai suturée au tibia et qui constitue maintenant la diaphyse de cet os, mesure 19 millimètres de largeur. *Le péroné a plus que doublé de volume.*

Cependant, pour hypertrophié qu'il soit, ce péroné-tibia n'a pas encore acquis le volume du fragment de la diaphyse tibiale à laquelle il a été suturé. Celui-ci mesure 39 millimètres de large. Donc, le péroné transporté ne représente encore que la moitié d'un

tibia. Mais, nous ne sommes qu'à un an de l'opération. Avec le temps, il fera mieux.

Voici, en effet, des radiographies prises tout récemment, trente-trois mois après l'opération, par le Dr de Bourgade. Elles sont fort belles ; je note, pour éclairer les chiffres qui vont suivre, que les os ont sensiblement leurs dimensions normales; aussi ils apparaissent relativement plus petits que dans l'épreuve précédente, sans doute parce que la plaque a été plus rapprochée du membre.

Le péroné devenu tibia mesure 20 millimètres en largeur; la diaphyse tibiale en compte 30. Conclusion : le péroné transporté, qui avait acquis la moitié du volume du tibia au bout d'un an, présente vers la fin de la troisième année un *volume égal aux deux tiers de celui du tibia.* Il a continué de croître.

Je remarque encore que le fragment supérieur de la diaphyse tibiale a continué de croître, si bien que ce tibia composite, devenu trop long, s'est légèrement incurvé en avant. C'est sans doute à cet accroissement en longueur qu'il faut attribuer la mobilité légère que l'on observe au point de réunion des deux os.

J'aurai l'occasion de revoir cet enfant ; dès maintenant, on peut être certain que, dans quelques années, l'ancien et le nouveau tibia montreront un volume égal.

Le résultat physiologique est excellent. L'enfant a grandi dans tous les segments de ses membres inférieurs, y compris la jambe opérée. Le raccourcissement du membre n'est plus que de 4 centimètres. Le jeune L... a toujours porté, depuis l'opération, un appareil léger formé de deux tuteurs métalliques latéraux montés sur une semelle de 6 centimètres. Il monte à cheval, fait de la bicyclette et vient d'obtenir le *premier prix de gymnastique.* Plusieurs fois, l'appareil a cassé et l'enfant a marché fort bien pendant des semaines. Dans ces derniers temps, comme l'appareil, fort démantibulé, était devenu trop court, j'en ai fait faire un nouveau par M. Collin.

M. Routier. — Je voudrais faire remarquer à M. Poirier que l'explication qu'il donne de cette pseudarthrose secondaire peut être discutée. Il est difficile d'admettre un cal primitif, qui se serait ramolli et ensuite reformé; ne vaut-il pas mieux penser qu'il y a eu réunion fibreuse primitive, qui s'est relâchée?

M. Berger. — J'ai eu il y a deux ans, à soigner une fracture comminutive de jambe, dans laquelle j'ai enlevé des esquilles qui avaient bien fait disparaître 6 centimètres du tibia : la fracture ne se consolida pas, je fus obligé d'intervenir de nouveau ; je sectionnai alors le péroné, qui constituait le squelette seul de la jambe, je le

soudai au fragment supérieur du tibia, voulant imiter en cela la conduite de M. Poirier; le résultat n'est pas parfait, le malade marche avec un appareil prothétique, mais il marche.

M. Poirier. — Je ne crois pas que l'on puisse espérer des résultats aussi complets sur les os adultes, c'est-à-dire ayant acquis leurs dimensions définitives. La radiographie du sujet opéré par M. Berger, nous enseignera à cet égard dans quelques années. En vous présentant les résultats que j'ai obtenus, j'ai voulu bien établir ce fait « *qu'un os appelé à remplacer un autre os, prenait le volume et la forme de celui-ci, en raison de ce fait qu'il en remplissait la fonction* ».

Coxa-vara.

M. F. Brun. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une épreuve radiographique qui démontre de la façon la plus nette l'existence chez une enfant de treize ans, d'une malformation de l'extrémité supérieure du fémur, au sujet de laquelle on a beaucoup écrit à l'étranger et qui semble avoir été assez rarement observée chez nous; je veux parler de l'incurvation du col fémoral ou coxa-vara. La fillette me fut conduite pour une claudication qui présentait les caractères habituels de claudication par luxation congénitale double. Elle plongeait à chaque pas; son bassin était basculé en avant, ses trochanters saillaient à trois travers de doigt au-dessus de la ligne de Nélaton, tous les mouvements de la hanche étaient libres, sauf l'abduction qui était considérablement limitée. A la palpation, je ne découvrais pas autre chose que le grand trochanter auquel me semblait directement accolée sans interposition de col une tubérosité, probablement la tête, que je n'arrivais pas à délimiter et à localiser d'une façon satisfaisante.

Je n'en portai pas moins le diagnostic de luxation congénitale double, probablement en haut, mais pour avoir des renseignements plus précis, je demandai de soumettre l'enfant à la radiographie. Sur la très bonne épreuve qui m'a été remise par mon ami Poupinel, on voit qu'il ne peut être en aucune façon question de luxation. Les deux têtes sont en place, mais le col fémoral de chaque côté présente une obliquité inverse de sa direction normale, c'est un type de coxa-vara. On remarquera en outre que les deux cols fémoraux sont seuls atteints; le bassin est normale-

ment conformé, et les membres ne présentaient aucune incurvation pouvant être rapportée au rachitisme. J'ajoute pour terminer qu'il y avait hésitation au sujet du moment d'apparition de la claudication. Le père croyait être certain que dès qu'elle avait commencé à marcher, sa fille avait présenté, quoique à un degré moindre, sa démarche oscillante : la mère, au contraire, affirmait qu'au début la marche avait été normale et que la claudication n'était survenue qu'après une coqueluche grave dont l'enfant aurait été atteinte à l'âge de quatre ans.

M. Kirmisson. — La communication de M. Brun est très intéressante, car elle semble bien avoir trait à un cas de coxa-vara, dénomination dont on a beaucoup abusé à l'étranger. Je ferai seulement remarquer ici que les lésions ne paraissent pas seulement limitées à la tête fémorale, mais qu'il y a aussi un élargissement de la cavité cotyloïde ; néanmoins il n'y a pas de luxation.

Je relève encore dans ce qu'a dit M. Brun, l'apparition de cette lésion à la suite de la coqueluche. J'enseigne depuis longtemps que les maladies des voies respiratoires, entrent au moins autant que les maladies des voies digestives dans l'étiologie du rachitisme. J'ai dans mon service un jeune homme qui a été vu également par M. Berger et qui me paraît être également un cas de coxa-vara, je le montrerai ici, si la radioscopie confirme mon diagnostic.

Présentation de pièces.

Gastrotomie pour un pinceau dans l'estomac.

M. Reynier. – Je présente un pinceau que j'ai extrait de l'estomac d'un jeune homme de vingt ans, qui l'avait avalé huit jours auparavant en voulant se badigeonner la gorge avec un collutoire boraté. Ce pinceau était un petit pinceau à aquarelle fixé sur un manche en bois, long de 20 centimètres, sur lequel il était maintenu par une épingle traversant le pinceau et fixée dans le bois. Quand le malade entra, en dehors des commémoratifs, il ne présentait comme signe qu'un peu de douleur à la pression, au niveau de la région stomacale. Inutilement je fis radiographier le malade; on ne vit ni le pinceau, ni l'épingle. Me basant sur les affirmations du malade, et sur la petite sensibilité qu'accusait le malade au niveau de la région stomacale, pensant d'un autre côté qu'un corps étranger de cette dimension, n'aurait pû passer dans l'intestin sans causer des troubles que le malade ne présentait pas,

croyant qu'il était resté dans l'estomac, je me décidai à intervenir.

Après laparotomie médiane, il m'a été facile de sentir le pinceau dans l'estomac, et, par une boutonnière, de l'en faire sortir. Après sa sortie, j'ai refermé l'estomac à l'aide d'un double plan de sutures. Le malade va bien aujourd'hui.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier

Paris — L Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 25 MAI 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. DELENS, qui demande un congé pendant la durée du concours d'accouchement des hôpitaux dont il est un des juges.

3° Un mémoire de M. REBOUL, sur un *cas d'œsophagotomie externe*, qui sera lu au cours de la séance.

4° Le *Manuel de pathologie chirurgicale*, de MM. GROSS, RŒHMER, VAUTRIN et ANDRÉ (de Nancy).

5° La thèse de M. VANVERTS, sur la *Splénectomie* (prix Marcellin Duval).

6° Une lettre de M. BEURNIER, qui pose sa candidature au titre de membre titulaire.

M. WALTHER dépose sur le bureau :

Deux observations d'ostéomyélite, par M. le Dr PAULIDES (de Rhodes) et les deux travaux suivants :

1° *Epithélioma cylindrique du rectum, d'une longueur de* 13 *centimètres*. Ablation par la voie péritonéale. Guérison.
2° *Tuberculose du pied droit*. Tentative infructueuse d'amputation ostéo-plastique, de Lefort. Amputation sus-malléolaire à 6 centimètres de l'article, avec évidement du canal médullaire

et conservation d'un grand lambeau talonnier, guérison, par M. le D[r] BUFFET, chirurgien de l'hôpital d'Elbeuf.

Hydrorachis. — Excision. Guérison, depuis plus d'une année, par le D[r] CHARIER (d'Angers).

Le tout est renvoyé à une Commission : M. WALTHER, rapporteur.

Discussion.

Sur les psychoses post-opératoires (*suite et fin*).

M. PICQUÉ. — Messieurs, la discussion sur les psychoses post-opératoires est terminée, et je ne puis vous cacher tout d'abord la satisfaction que j'ai éprouvée devant l'empressement de nos collègues à apporter à cette tribune, non seulement des faits de leur pratique, mais encore leur opinion autorisée sur cette délicate question.

Je ne l'avais abordée moi-même devant vous qu'avec une certaine appréhension, tant elle soulève de points délicats de la pratique chirurgicale.

Mais vous l'avez étudiée, je me plais à le constater, avec le plus large esprit scientifique et les importantes communications que vous avez apportées constituent à l'heure présente, par les opinions que vous y avez formulées et les cent-vingt-cinq cas de psychoses variées que vous avez versés au débat, le document le plus important pour ceux qui voudront s'occuper des psychoses en chirurgie.

D'autre part, les médecins aliénistes qui vont, dans le prochain congrès d'Angers, envisager cette question à un point de vue spécial, ne manqueront pas de trouver dans nos bulletins des éléments d'étude qui viendront avantageusement remplacer ou compléter ceux qui existaient dans la littérature médicale. Le moment semblait d'ailleurs venu pour un semblable débat : de divers côtés, on semble s'occuper de cette question des psychoses post-opératoires.

Le professeur Jeoffroy, dans une récente clinique, publiée dans la *Presse médicale*, Truelle, dans une thèse inspirée par Magnan, le savant aliéniste de Sainte-Anne, Maurange, dans un récent article de la *Gazette hebdomadaire*, viennent d'étudier cette question à des points de vue divers.

Dans la discussion à laquelle vous venez de consacrer un grand

nombre de séances, vous avez vous-mêmes envisagé les psychoses sous diverses faces. Laissez-moi rapidement reprendre pour les mieux mettre en lumière quelques-uns des points les plus importants que vous avez discutés.

1° Chez les malades qui se présentent à nous, il faut tout d'abord distinguer les fous véritables, qui le sont au moment où ils nous consultent et qui ne viennent solliciter les secours de la chirurgie, que sous l'empire d'idées délirantes ou obsédantes. Voilà un premier fait important qui se dégage de cette discussion.

Depuis longtemps, j'avais appris à reconnaître ces malades et à résister systématiquement à toute demande d'opération de leur part. C'est pourquoi j'y avais tant insisté dans ma communication, en vous citant quelques-uns des cas les plus typiques que j'avais observés. Or, j'ai pu constater que beaucoup de nos collègues avaient eu affaire à des malades de ce genre.

M. Berger, dans la dernière séance, y a beaucoup insisté lui-même et vous a rapporté un fait de sa pratique, relatif à une restauration de la face ; mais il n'est pas toujours facile d'éviter les causes d'erreur, témoin le cas dont il vous a fait la relation et qui m'est personnel, où une malade internée à Sainte-Anne était parvenue à simuler un corps étranger de l'estomac.

Il y a quelques jours à peine, j'ai été encore consulté par deux malades, dont l'une accusait une rectocèle imaginaire et l'autre un rein mobile, et qui étaient parvenues à influencer leur médecin dans le sens d'une opération.

Je me suis appliqué, dans ma communication, à montrer qu'il y avait de la part des malades, tantôt simulation, tantôt idées obsédantes. Je ne veux pas y revenir.

Il faut savoir, et c'est le seul point sur lequel j'insiste à nouveau, que ce sont ces malades, qui jettent partout un discrédit injustifié sur la chirurgie et les chirurgiens ; qu'en simulant ou en exagérant des troubles subjectifs, elles arrivent parfois à exercer une véritable suggestion sur le chirurgien, qui se trouve alors amené à pratiquer, devant les douleurs accusées par les malades, des opérations dont elles ne sauraient retirer aucun profit, et alors elles racontent partout qu'on leur a pratiqué des opérations inutiles et nuisibles.

Elles présentent, en réalité, après l'opération, des interprétations délirantes comme elles en ont présenté avant. Walther, Richelot, Reynier, Gérard-Marchant et presque tous nos collègues en ont rapporté d'intéressants exemples. Segond, en nous montrant cette kleptomane, qui cherchait une excuse de son action dans l'hystérectomie pratiquée par lui, nous a fait voir jusqu'où on peut aller dans cette voie.

Et l'observation si intéressante de Walther, d'une malade qui prétendait avoir été opérée malgré elle, nous montre encore, combien peu il convient, de s'en rapporter aux affirmations de certaines malades, et combien il est nécessaire, ainsi que je l'avais fait moi-même dans ce cas, d'agir avec circonspection dans la rédaction de ces observations, et de se mettre en garde contre un jugement trop hâtif.

Reynier pense, que dans cette catégorie de malades, il ne faut pratiquer que les opérations où l'on ne doit que restaurer, et qu'à ce titre l'on peut pratiquer les périnéorrhaphies et les néphropexies, opérations qui peuvent supprimer, dit-il, la cause de la localisation de la phobie, et notre collègue ajoute qu'on doit s'abstenir des opérations mutilantes. Pour ces dernières, je partage l'avis de notre collègue, s'il s'agit d'ovaires scléro-kystiques, que je suis aussi peu disposé que lui à traiter par l'extirpation.

Mais là se borne notre accord. Je crois, en effet pour des raisons que j'exposerai dans une autre communication que les aliénés n'ont qu'à retirer des avantages d'opérations mutilantes, pratiquées dans certaines conditions que j'aurai à déterminer.

D'autre part, je n'accepte que sous les plus expresses réserves toutes les plasties que vante notre collègue.

J'ai dit que c'est à la suite de ces opérations qu'on observe le plus grand nombre de psychoses et j'en ai indiqué les raisons qui me paraissent probantes.

J'en ai d'ailleurs présenté des cas et plusieurs de nos collègues en ont observé également.

2° En dehors de cette catégorie de malades, qui ne peuvent rentrer dans le cadre des psychoses post-opératoires, mais sur lesquels j'ai tenu à attirer votre attention parce qu'ils soulèvent des questions parfois très délicates de pratique, nous trouvons toute une classe de sujets, qui ne présentent aucun délire au moment de l'opération, mais qui sont cependant susceptibles de délirer plus ou moins longtemps après.

Ce sont ces délires qui constituent réellement le domaine des psychoses post-opératoires.

Dans ma communication, j'avais distingué du vrai délire post-opératoire et sous la dénomination peut être impropre, mais certainement commode, de faux délires, les délires par intoxication.

Plusieurs de nos collègues, ont apporté ici des cas qui représentent les diverses variétés d'intoxication, qu'on peut observer dans la pratique. Broca et Potherat nous ont cité des cas d'intoxication iodoformique. Monod a rapporté un cas de délire urémique; son deuxième cas, malgré les réserves qu'il a cru devoir faire, semble cependant se rapprocher du délire alcoolique : la forme du délire

d'une part, les tremblements de la langue et l'état du foie, d'autre part, nous font penser à cette origine malgré les dénégations du malade et de sa femme. Quant au délire septicémique, des observations nous ont été données par Potherat et Poirier.

Le délire anesthésique a été également signalé par quelques-uns de nos collègues. Potherat a cité deux cas qui ne paraissent pas très probants d'ailleurs. M. Ollier nous a également rapporté deux cas, qui sembleraient prouver que le chloroforme est, peut-être plus que l'éther, susceptible de la produire. Pour ma part, je n'ai jamais eu l'occasion, dans mon service très actif de l'hôpital Dubois, d'observer des cas de délire post-chloroformique et je pense, qu'on ne doit accepter, qu'avec de grandes réserves, cette toxicité particulière du chloroforme, si tant est, que les faits présentés ne soient pas justiciables d'une interprétation différente.

Notre collègue Reynier accepte le délire chloroformique mais il a émis, sur sa forme particulière, une opinion contre laquelle je tiens à m'élever de toutes mes forces.

Il pense que le délire, se traduit par des actes qui sont ceux de l'individu à l'état de veille. Partant de ce fait, que chez les hystériques et les alcooliques le délire revêt la forme d'une crise d'hystérie ou d'un délire alcoolique, prémisses que je conteste formellement, car la crise d'hystérie, provoquée par le chloroforme, n'est pas le délire chloroformique; il pense que l'épileptique présente sous le chloroforme des crises d'épilepsie et le maniaque des crises de manie. Or, depuis quinze ans que je pratique la chirurgie dans les asiles, j'ai endormi bien souvent, vous devez le croire aisément, des épileptiques et des maniaques.

Je n'ai jamais vu chez eux ni crise épileptique, ni crise de manie, et je tiens même à ce propos à insister sur ce fait curieux, c'est que, exceptionnellement, j'ai vu des délires post-opératoires chez les aliénés, Il y a là réellement une constatation intéressante, que je tenais à vous signaler mais sur laquelle je reviendrai plus tard.

En dehors de ces faits de délire par intoxication, presque tous nos collègues ont rapporté ici des cas de vrai délire post-opératoire, chez des malades qui n'étaient ni intoxiqués ni infectés et qui ne présentaient aucun signe de folie au moment de l'intervention. Barrette, de Caen, vous a rapporté des cas bien typiques.

C'est à leur sujet, que vous avez envisagé le rôle, que pouvait exercer la nature de l'opération pratiquée sur la production du délire.

L'influence des opérations gynécologiques a été naturellement discutée avec soin.

Or, malgré les opinions contradictoires de M. Ollier et Le Dentu,

vous avez tous admis, comme je l'avais fait moi-même, que les opérations gynécologiques ne prédisposaient pas plus que d'autres au développement de la psychose.

Les statistiques, ici comme ailleurs, ne conduisent qu'à des résultats erronés; il est certain que si l'on s'en tient aux observations présentées au cours de cette discussion, beaucoup ont trait à des opérations pratiquées sur la sphère génitale de la femme; mais en les analysant avec soin, on s'aperçoit bien vite qu'il est dans ce nombre, des opérations pratiquées sur des femmes déjà folles et qui ne doivent pas passer au passif de la gynécologie opératoire. Quant aux observations anciennes, j'ai déjà dit qu'elles n'avaient le plus souvent aucune valeur, parce qu'elles étaient incomplètes et par conséquent inutilisables et que d'ailleurs, elles avaient été rassemblées dans le désir bien évident de s'opposer aux progrès de la chirurgie.

D'ailleurs les cas d'appendicite et d'opérations sur le sternum rapportés par Routier, ceux de tumeurs du sein cités par Berger, le fait de kélotomie de Hartmann, celui de mastoïdite observé par Tuffier, les cas de cataracte cités par Nimier et ceux tirés de la pratique d'Ollier, les opérations de chirurgie urinaire consignés par Potherat et Routier, ne viennent-ils pas démontrer, que les interventions pratiquées dans toutes les régions, peuvent engendrer des psychoses? D'autre part l'examen qu'ont fait plusieurs de nos collègues de leur pratique étendue en gynécologie et qui porte sur plusieurs milliers de cas, ne vient-il pas également démontrer, que la gynécologie opératoire, prédispose réellement très peu à la psychose, surtout si des quelques cas qui nous ont été apportés, on veut bien en distraire ceux qui ont trait aux femmes déjà folles au moment de l'intervention et qui par ce fait ne peuvent entrer en série légitime.

Enfin, des faits très intéressants ont été rapportés, qui viennent nous montrer, qu'en dehors de l'acte opératoire, qu'il porte sur la zone génitale ou en dehors, certaines circonstanccs peuvent engendrer la psychose.

Reynier vous a rappelé l'influence des troubles menstruels reconnue depuis de longues années. Bouilly dans une très curieuse observation vous a montré l'évolution parallèle d'une lésion utérine et de la folie. Potherat vous a relaté le cas d'une femme dont la folie a coïncidé avec la découverte qu'on fit chez elle d'une tumeur du sein. Lucas-Championnière vous a raconté l'histoire d'un malade qui est devenu fou à la suite d'un traumatisme; Nimier vous a relaté une épidémie de psychoses chez des blessés se trouvant dans des conditions d'esprit particulières.

Ces faits, qui viennent s'ajouter à ceux analogues, que je vous

avais présentés moi-même, s'écartent évidemment du cadre des psychoses post-opératoires, que nous avons eu à envisager; ils sont toutefois importants à connaître, pour démontrer combien le problème est complexe et ils vont également nous servir dans l'étude de la pathogénie.

Au point de vue des formes cliniques que peut présenter le délire post-opératoire, l'étude des observations que vous nous avez présentées ne nous a rien révélé de bien spécial. Vous nous avez signalé des cas d'excitation et des cas de dépression, qui rentrent dans ma classification. Poirier a relaté deux suicides. Bouilly, dans une intéressante communication, a distingué des formes ordinaires, les accidents légers et passagers qui constituent pour lui, et avec raison, les formes les plus atténuées du délire post-opératoire et dont on doit faire un type à part. Mais je ne sais pourquoi notre distingué collègue a voulu distinguer les accidents lointains qui doivent, pour moi, se confondre avec le type commun de la psychose post-opératoire. J'avais insisté moi-même sur l'époque variable de leur apparition.

Enfin, M. Ollier a parlé des psychoses anté-opératoires dont Bouilly nous avait déjà entretenus, sous la dénomination plus juste, à mon avis, de phobie opératoire, parce qu'elle indique réellement quelle en est l'origine réelle.

Nous y reviendrons à propos de la pathogénie et du traitement. — La pathogénie de la psychose a été envisagée par plusieurs de nos collègues et a donné lieu à des considérations fort importantes à bien mettre en relief.

Dans ma communication, j'avais soigneusement laissé de côté la question de la folie sympathique qu'il n'appartient pas, selon moi, au chirurgien de trancher.

Que la prédisposition héréditaire soit une condition nécessaire, comme le veut Magnan et son école, ou que la pyschose se produise chez un sujet absolument sain et par voie sympathique, peu nous importe. Je m'étais borné à montrer que la psychose était fréquente chez les malades atteints de prédisposition héréditaire en dehors des cas de folie sénile dont je vous ai rapporté un cas et dont M. Ollier vous a parlé.

Or, les nombreuses observations que vous avez apportées à cette tribune, démontrent qu'il s'est presque constamment agi de malades ayant présenté des antécédents personnels ou héréditaires de folie.

Bien peu des cas de psychose qui se sont présentés à votre observation échappent à cette règle, et ce sera certainement un des résultats les plus importants de cette discussion d'avoir mis en lumière, que la plupart des malades qui présentent des psychoses

post-opératoires sont ou d'anciens aliénés, ou des prédisposés par voie héréditaire.

Quant à la prétendue prédisposition acquise dont a parlé M. Monod dans un de ses cas, il faut bien songer qu'elle est souvent le résultat de la dissimulation du malade qui cache son délire ou de celle de l'entourage qui masque les antécédents de famille. Quoi qu'il en soit, il faut tenir compte de ces deux éléments. Aussi Segond, dans une formule qui, évidemment, a dépassé sa pensée, a-t-il été trop loin en disant que l'opération ne rend folles que celles qui l'étaient déjà et M. Richelot s'est davantage rapproché de la vérité en disant qu'il s'agit presque toujours de femmes prédisposées ou déjà folles, conclusion à laquelle j'étais arrivé de mon côté.

La prédisposition héréditaire, à laquelle vous avez fait jouer, avec raison, un rôle important semble être le facteur pathogène de toute psychose opératoire. Magnan et le professeur Jeoffroy y ont, de leur côté, beaucoup insisté. Mais ce facteur, tout important qu'il est, ne saurait se substituer aux divers facteurs étiologiques de la psychose post-opératoire.

C'est, à mon sens, une exagération doctrinaire et une erreur de méthode que de nier, comme l'a fait Truelle dans une thèse récente, toutes les formes de la psychose post-opératoire et la psychose elle-même, par ce fait que selon lui, elle ne se montre que chez des prédisposés et est chez ces malades susceptible de se manifester en dehors de toute opération.

La prédisposition héréditaire si tant est qu'elle existe dans tous les cas, ce qu'il n'appartient pas, je le répète, à un chirurgien d'affirmer d'une façon précise, mais comme tendent cependant à le démontrer les observations que vous avez présentées à la discussion, ne constitue que le terrain; mais la cause deuxième, la cause étiologique doit être envisagée à part, et, bien qu'elle ait besoin de la cause première, à savoir la prédisposition, pour produire son effet utile, elle n'en mérite pas moins d'attirer notre attention, car elle tient, à mon avis, une grande place dans l'histoire de la psychose.

A ce point de vue, plusieurs de nos collègues ont présenté des faits utiles à connaître.

Segond vous a parlé de la frayeur opératoire provoquée par l'entourage, et souvent par les médecins.

M. Berger vous a parlé de la sidération de certains malades par la peur. Cette influence est hors de conteste d'ailleurs dans les cas de phobies opératoires signalés par Bouilly et les psychoses anté-opératoires, sur lesquelles Ollier a également insisté. La

connaissance de ces faits montre toute l'importance qu'il faut accorder à cette donnée étiologique.

Hartmann nous signale une impression morale vive chez une de ses malades, opérée de grossesse extra-utérine : le chagrin de la perte de son enfant.

Le changement d'habitudes semble avoir joué un rôle important chez deux malades de Gérard-Marchant; de même, le chagrin qui résulta, chez deux femmes du monde, opérées également par Gérard-Marchant, de l'ablation du sein. M. Berger vous a cité lui-même trois cas relatifs à des ablations du sein et ce sont, fait intéressant, les seuls cas qu'il ait observés.

Toutes ces causes ont leur importance, bien qu'il semble qu'elles ne soient susceptibles de produire une psychose que sur des sujets prédisposés.

Quant aux autres causes invoquées, elles semblent plus contestables. Je ne crois pas, pour ma part, et pour des raisons sur lesquelles je ne reviendrai pas, à la suppression de la fonction ovarienne signalée par Poirier. Quant au voisinage des centres nerveux, invoqué par Gérard-Marchant, il est peut-être nécessaire de réserver cette question.

Il ressort en résumé de cette importante discussion :

1° Qu'il existe bien réellement des psychoses post-opératoires;

2° Qu'à part les malades antérieurement fous, elles semblent ne se produire que chez des sujets prédisposés;

3° Que les causes qui font éclater ces manifestations délirantes sont multiples et qu'elles peuvent agir simultanément ou isolément;

4° C'est dans ce dernier cas seulement, qu'on peut voir le délire éclater en dehors de l'acte opératoire quand il procède de l'impression morale causée par la maladie ou par la pensée de l'opération (phobie opératoire).

Le dernier point que vous avez mis en relief est relatif à la prophylaxie de ces psychoses. Bouilly a justement fait remarquer, qu'il était nécessaire, avant toute opération, d'examiner l'état cérébral des malades, tout comme il convient de procéder à l'examen des viscères. Mais cet examen que, pour ma part, je ne manque jamais de pratiquer, ne saurait avoir d'autre résultat que d'écarter les malades qui sont déjà fous au moment de l'examen, et il ne peut, en aucune façon, laisser prévoir les cas de psychose post-opératoire. Beaucoup de nos collègues ont insisté sur ce dernier point. MM. Berger et Segond ont très bien dit que la crainte d'une perturbation cérébrale post-opératoire ne devait pas arrêter le chirurgien quand, toutefois, il existait une indication opératoire formelle.

Cet avis, du reste, a été partagé par la plupart de nos collègues.

Bouilly a, de son côté présenté des considérations importantes sur les contre-indications opératoires qui résultent de la phobie opératoire présentée par quelques malades et qui amène souvent des désastres dont il vous a cité un cas bien frappant. M. Berger partage, à cet égard, la même opinion.

Depuis longtemps, je suis persuadé comme eux, que les malades qui ont une crainte exagérée de l'opération, présentent une vulnérabilité particulière et, pour ma part, je me refuse systématiquement à toute intervention chez ces malades.

Trois de nos collègues, MM. Championnière, Potherat et G. Marchant ont fait enfin allusion à la guérison des psychoses par l'intervention chirurgicale et formulé à ce sujet des opinions différentes d'ailleurs.

Il s'agit là à mon sens, d'une question toute différente et dont l'examen ne saurait trouver place dans cette discussion.

Je prépare toutefois, en ce moment, une communication sur ce sujet que je me propose ultérieurement de soumettre à votre appréciation.

Lecture.

Corps étranger (pièce de 5 centimes) de l'œsophage thoracique chez un enfant. Radiographie. Œsophagotomie externe. Mort par broncho-pneumonie,

par M. le Dr J. REBOUL

membre correspondant de la Société de Chirurgie,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Les corps étrangers de l'œsophage, chez les jeunes enfants, qui peuvent parfois ne déterminer aucun accident, cheminer sans encombre dans les voies digestives et être expulsés, constituent, lorsqu'ils sont volumineux et qu'ils sont fixés, des accidents graves.

La conduite à tenir présente alors des difficultés, surtout lorsqu'on est appelé à voir l'enfant plusieurs jours après l'introduction du corps étranger.

C'est ce qui a eu lieu dans le cas suivant, que j'ai l'honneur de vous communiquer.

Observation (Rédigée d'après les notes de mon interne, M. Lafon).

Le mercredi 11 mai 1898, entre à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, service de chirurgie, un enfant de trois ans et demi, S... (François), qui a avalé une pièce de monnaie de 5 centimes.

Cet enfant, élevé au sein et au biberon, a été soumis, dès le berceau, à une alimentation vicieuse et prématurée (café, vin, viande).

Dans sa première enfance, il a eu, à plusieurs reprises, de la diarrhée et de la dyspepsie gastro-intestinale. Vers un an, il a contracté la rougeole qui s'est compliquée d'otite et de conjonctivite légères, la conjonctivite a persisté et est devenue chronique.

A deux ans et demi, adénites cervicales suppurées, soignées par le Dr Mazel (F.).

L'hiver dernier, l'enfant a eu plusieurs poussées de bronchite, dont quelques-unes très graves.

C'est un petit garçon débile, souffreteux, pâle, à chairs flasques, le type de l'athrepsique.

Le jeudi 5 mai, à 5 heures du soir, en s'amusant, l'enfant avale une pièce de 5 centimes. Il est pris immédiatement d'un accès de suffocation. La nuit est agitée, l'enfant tousse et suffoque.

Le vendredi matin, il est plus calme. On lui donne un vomitif pour lui faire expulser le sou qu'il a avalé, mais sans succès.

Le samedi, un purgatif, donné dans la même intention, reste également sans résultat.

Le dimanche soir (troisième jour), je vois l'enfant pour la première fois.

Il est calme, n'a pas de quintes de toux, ne présente pas de gêne respiratoire. Au dire des parents, les aliments liquides passent très bien, mais l'enfant ne peut pas avaler d'aliments solides ; il les rejette immédiatement par régurgitation.

L'examen minutieux et profond de la région cervicale ne révèle pas l'existence d'un corps étranger du larynx, de la trachée, du pharynx et de l'œsophage.

L'enfant ne présentait aucun signe inquiétant, et comme je désirais m'assurer de l'existence du corps étranger, avant toute intervention, j'engageai les parents à conduire leur enfant, le lendemain matin, au laboratoire de radiographie de M. Garcin.

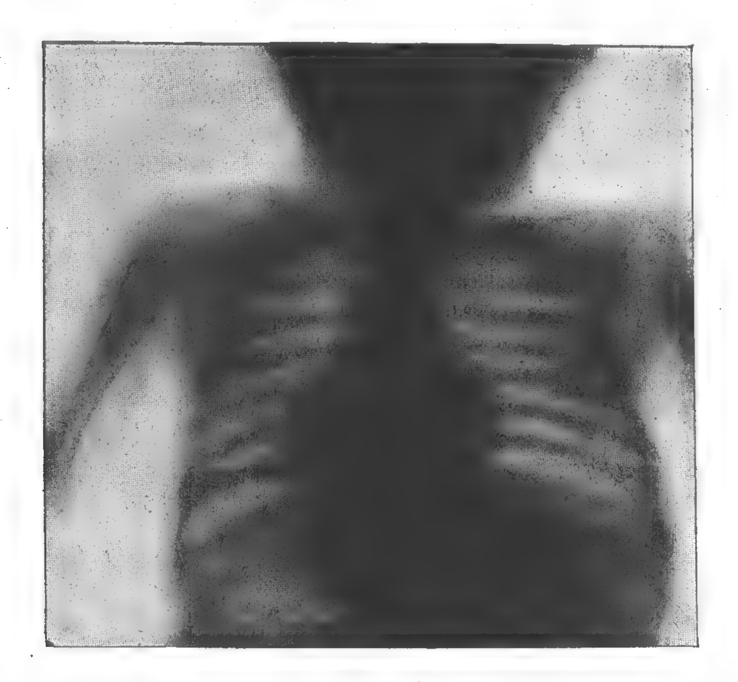
Le lundi 9 mai, à 8 heures du matin, j'examine l'enfant aux rayons de Röntgen et, à l'aide de l'écran et de la lorgnette radioscopiques, je vois nettement une pièce de monnaie du diamètre d'un sou, siégeant à la partie supérieure de la région thoracique, en arrière de la partie inférieure de la poignée du sternum, au niveau du corps de la deuxième vertèbre dorsale.

Le sou avalé par l'enfant paraît s'être arrêté au deuxième rétrécissement normal de l'œsophage.

Malgré la disproportion existant entre le diamètre de l'œsophage d'un enfant débile de trois ans, et celui d'une pièce de 5 centimes, me basant sur ce que ce sou a déjà cheminé dans l'œsophage jusqu'au deuxième rétrécissement normal, que l'enfant ne présente aucun signe inquiétant, je diffère l'opération qui est décidée en principe. Je me trouvais, en effet, dans la nécessité d'intervenir, car je ne pouvais espérer refouler ce sou dans l'estomac ni l'extraire par la bouche, sans causer de grands dégâts. D'ailleurs, les parents ne sont pas absolument décidés à une opération immédiate.

Je me propose donc d'examiner à nouveau l'enfant, le lendemain, aux rayons de Röntgen, afin de constater si le sou a encore cheminé et tend à descendre dans l'estomac, ou s'il est définitivement fixé.

Je prie M. Garcin de faire la radiographie de l'enfant; c'est celle que j'ai l'honneur de vous présenter.



L'enfant est soumis à une alimentation liquide : lait, purées, etc.

Le mardi soir, 10 mai, à l'examen aux rayons de Röntgen, je constate, avec les Drs Dussaud et Jourdan, que la pièce de monnaie occupe toujours la même position; elle est donc fixée.

Je décide alors d'intervenir par l'œsophagotomie externe, pour aller extraire ce corps étranger, faisant toutes réserves aux parents, sur la gravité d'une intervention chirurgicale importante chez un enfant aussi jeune et aussi débile, et sur les complications possibles.

Les parents me confiant absolument leur enfant, quel que soit le résultat de l'intervention, je décide de faire l'œsophagotomie externe, le lendemain matin, à l'Hôtel-Dieu.

La nuit du 10 au 11 a été mauvaise; l'enfant a eu des quintes de toux; la déglutition est plus gênée, même pour boire du lait.

Opération. — Le mercredi 11 mai, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, avec l'assistance du Dr Jourdan, médecin principal, de mes internes, MM. Coste et Romieux, et en présence du Dr Guichard.

Anesthésie au chloroforme, par M. Lafon, interne de service (pas d'incidents, quelques secousses de toux, 45 grammes de chloroforme).

Après les soins antiseptiques préliminaires, la région cervicale gauche bien étalée par extension et rotation à droite de la tête, les épaules soulevées par un cousin, j'incise suivant le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien du sternum, à l'angle du maxillaire. Division du peaucier et de l'aponévrose cervicale superficielle ; dénudation du bord interne du muscle sterno-mastoïdien qui est incliné en dehors. A l'aide de la sonde cannelée et du doigt, je vais à la recherche de la gaine carotidienne, que je récline aussi et maintiens en dehors par un écarteur confié à un aide.

L'artère thyroïdienne inférieure en bas, l'artère thyroïdienne supérieure en haut, limitent le champ opératoire, je n'ai pas besoin de les couper, mais je divise le muscle omo-hyoïdien au milieu de la plaie. Allant alors à la recherche de la trachée et du corps thyroïde, je les isole et les confie à un aide qui les maintient en dedans avec un écarteur.

Au fond de la plaie, au devant de la colonne vertébrale, je vois le ganglion inférieur du grand sympathique, que je récline en dehors avec le paquet carotidien.

L'œsophage n'est apparent que tout à fait à la partie inférieure de la plaie ; il est masqué par le lobe gauche du corps thyroïde très développé.

Je sépare alors ces deux organes et, dès que j'ai pu libérer suffisamment le bord gauche de l'œsophage, je le saisis à la partie inférieure et à la partie supérieure de la plaie avec des pinces de Kocher, et l'attire un peu.

J'essaie, par la palpation de l'œsophage, de sentir la pièce de monnaie, mais je ne puis la percevoir.

Je fais alors une ponction à l'œsophage au bistouri, sur la face postérieure du bord gauche et j'agrandis mon incision au ciseau ; il sort par la plaie de l'œsophage un mucus épais, grisâtre. Un stylet introduit dans le bout inférieur de l'œsophage me permet de sentir profondément, dans le thorax, environ à 3 centimètres de l'extrémité inférieure de mon incision, le corps étranger. Introduisant alors les deux dernières phalanges de mon auriculaire gauche dans l'œsophage, je perçois le pôle supérieur du sou, mais ne puis en explorer les faces; je sens cependant qu'il est fixé. Me servant du doigt comme conducteur, je cherche à extraire la pièce de monnaie avec une pince de Kocher, mais l'instrument dérape; je la saisis alors avec une pince à disséquer à mors longs et solides et, la serrant fortement, j'essaie de la retirer, mais ne puis y parvenir qu'en lui imprimant des mouvements pour la dégager, et la retire alors facilement, sans tiraillements notables et sans hémorrhagie.

Une sonde en caoutchouc n° 20 est ensuite introduite par l'œsophage jusque dans l'estomac ; j'y injecte une petite quantité d'eau bouillie.

Les parois de l'œsophage me paraissent altérées, je ne tente pas la suture de la muqueuse et je fixe les bords de l'incision œsophagienne à la peau par les deux sutures en surjet à la soie. La plaie opératoire est suturée, et je fixe la sonde œsophagienne à la peau par un point de crin de Florence.

Pansement ouaté compressif. L'extrémité libre de la sonde œsophagienne est entourée d'un sac de baudruche.

Suites opératoires. — Pas de shock notable, pas de vomissements, quelques secousses de toux. A 1 heure, lavement de bouillon. A 2 heures, l'enfant un peu agitée, demande à boire. A 5 heures, lavement de bouillon. Température rectale : 39°,9. Nuit agitée, quelques mouvements convulsifs.

12 mai (2e jour), T. R., matin, 40 degrés ; soir, 39°,8. L'agitation continue; lavements de codéine. Journée calme. Toutes les deux ou trois heures, lavements de bouillon ou de lait et de peptone.

Soirée et nuit agitées, malgré un lavement de codéine; pas de convulsions.

13 mai (3e journée), T. R., matin, 38°,4; soir, 37°,8. L'enfant a un bon facies, il demande à boire, il est calme. Lavements alimentaires et de codéine. Nuit calme.

14 mai (4e journée), T. R., matin, 39°,1 ; soir, 39°,9. L'enfant est de nouveau agité. Lavements alimentaires et de codéine. On introduit dans l'estomac, par la sonde œsophagienne, à 3 reprises, 25 grammes de lait. Nuit très agitée : lavements de codéine et de chloral.

15 mai (5e journée), T. R., matin, 40°,2. L'agitation de la nuit a un peu diminué dans la matinée, mais l'enfant tousse. Le pansement est enlevé; la plaie a bon aspect; il s'écoule de l'œsophage des mucosités grisâtres et des crachats muco-purulents qui ont été déglutis. Le crin qui maintenait la sonde œsophagienne a coupé la peau; je la fixe à l'aide d'un ruban de soie entourant le cou.

Injection dans l'estomac d'une seringue d'eau bouillie et d'une seringue de lait.

A l'examen du thorax, je constate une broncho-pneumonie étendue à tout le poumon gauche et prescris un badigeonnage de teinture d'iode, un cataplasme sinapisé et l'enveloppement ouaté.

A 1 heure de l'après midi, la dyspnée augmente, le pouls est très rapide, le faciès de l'enfant s'altère rapidement.

A trois heures, l'état de l'enfant s'est encore aggravé; il est dans la somnolence, la respiration est très fréquente, le pouls incomptable et l'enfant meurt à 5 heures du soir, sans souffrances.

L'autopsie n'a pu être faite.

Ce cas de corps étranger fixé dans l'œsophage thoracique d'un enfant de trois ans, me suggère certaines considérations que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de Chirurgie.

Quand les parents de cet enfant me l'amenèrent, trois jours après qu'il eut avalé un sou, il ne présentait pas de signes inquiétants.

Il n'avait pas de quintes de toux, la déglutition des aliments liquides était facile; un vomitif et un purgatif n'avaient donné aucun résultat, l'exploration de la région cervicale antérieure, aussi profonde que possible, ne me révélait rien d'anormal.

Dans ces conditions, je me demandais si véritablement l'enfant avait avalé une pièce de monnaie : et si, le fait étant exact, le sou n'avait pas franchi l'œsophage et n'était pas tombé dans l'estomac.

Grâce aux rayons de Röntgen, il m'était facile de m'assurer de l'existence du corps étranger, et je ne pris aucune résolution avant d'avoir la preuve que devait me donner la radioscopie.

A l'examen aux rayons de Röntgen fait le lendemain matin, je constatai que l'enfant avait bien avalé un sou, que cette pièce de monnaie était située dans l'œsophage thoracique, en arrière de la poignée du sternum, au niveau du corps de la 2e vertèbre dorsale ; il était donc arrêté au 2e rétrécissement normal de l'œsophage.

Quelle devait être alors ma conduite ? Quel procédé devais-je employer ? Le refoulement, l'extraction par la bouche ou l'œsophagotomie externe.

D'après les recherches de Mouton et de Lesbini, rapportées par M. Félizet, dans le *Traité des maladies de l'enfance* (t. II, 1897) les limites de la dilatation qu'on peut obtenir chez l'enfant, sans créer de lésions sont de 15 millimètres de deux à cinq ans. D'autre part, le diamètre d'une pièce de 5 centimes est de 25 millimètres. Or, j'étais en présence d'un enfant de trois ans et deux mois, débile et peu développé. Je rejetai le procédé de refoulement, car je craignais, en déplaçant le sou, qui se présentait de face à la radioscopie, de le faire basculer et de rendre impossible sa descente dans l'œsophage. Je craignais aussi, par ces manœuvres, de produire des déchirures de l'œsophage et peut-être même des lésions des organes voisins.

L'extraction de la pièce de monnaie par la bouche me tentait beaucoup, car je redoutais la gravité d'une opération comme l'œsophagotomie externe, chez un enfant si jeune et si frêle. Mais les cas publiés d'extraction par la bouche des corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant, ne m'encourageaient pas dans cette tentative ; la pièce de monnaie était située dans la région thoracique de l'œsophage, elle y était depuis trois jours pleins et avait probablement déjà déterminé des altérations des parois. Je craignais de produire de graves lésions de l'œsophage en cherchant à extraire par la bouche ce corps étranger, soit avec les pinces, les crochets, le panier de Graefe, le parapluie de Fergusson, soit même avec le procédé très simple de M. Félizet. Je ne pouvais compter sur la docilité de cet enfant, et espérer agir avec la douceur nécessaire en cette occurence.

D'un autre côté, la pièce de monnaie ayant déjà franchi le premier rétrécissement normal de l'œsophage et étant arrêtée au second, dans le thorax et paraissant bien tolérée, je pouvais penser qu'elle cheminerait encore et qu'elle pourrait arriver ainsi

dans l'estomac. Cependant, la disproportion entre la limite de dilatation de l'œsophage d'un enfant de cet âge, et le diamètre d'une pièce de 5 centimes, ne me laissait guère espérer cette solution.

J'exposai donc la situation aux parents et leur dis que l'on pourrait extraire cette pièce de monnaie par une opération, grave, il est vrai, chez un enfant aussi faible et aussi jeune.

Ils ne voulurent pas s'y décider immédiatement; je leur proposai de faire le lendemain un nouvel examen à l'aide des rayons de Röntgen. Si la radioscopie nous montrait que le sou était toujours fixé en sa position première, il n'y avait plus à hésiter, il fallait faire l'œsophagotomie externe.

Je prescrivis à l'enfant comme alimentation, du lait, des purées de pommes de terre, etc.

Le lendemain soir, nous constations par la radioscopie que la pièce de monnaie n'avait pas bougé; par conséquent elle était fixée.

Dès lors, l'indication d'intervenir s'imposait. Les parents l'ayant admis, me confièrent leur enfant, et l'opération fut décidée pour le lendemain matin à l'Hôtel-Dieu.

Le jour de l'opération (cinq jours pleins après l'introduction du corps étranger), l'intervention ne pouvait être différée.

L'enfant avait eu pendant la nuit des quintes de toux, la déglutition était devenue plus gênée. Je fis donc l'œsophagotomie externe à la partie inférieure de la région cervicale antérieure gauche, et je pus assez facilement extraire la pièce de monnaie.

L'enfant supporta très bien l'anesthésie.

Au cours de l'opération, j'ai éprouvé une certaine gêne, en opérant dans un champ profond et très étroit, quoique j'aie disposé la région opératoire en position classique indiquée, et malgré l'écartement fait par mes aides, en dedans de la trachée, en dehors du paquet vasculo-nerveux.

Je n'ai pas eu de ligature artérielle à faire et ai seulement jeté une ligature sur une veine thyroïdienne supérieure.

J'ai dû sectionner le muscle omohyoïdien.

Les seules difficultés que j'aie éprouvées sont : la recherche de l'œsophage, l'extraction de la pièce de monnaie.

La recherche de l'œsophage m'a arrêté un instant, je l'apercevais bien à la partie toute inférieure de la plaie, mais pas suffisamment pour pouvoir l'attirer et le ponctionner; il était masqué sur presque toute son étendue, par le lobe gauche du corps thyroïde très développé qui l'entourait. J'ai dû, en réclinant fortement la trachée en dedans, aller sous le lobe du corps thyroïde, décoller cette glande et mettre à nu le bord gauche de l'œsophage.

Avant d'inciser l'œsophage, j'ai cherché à employer le procédé pratiqué par M. Péan, dans le cas, qu'il a communiqué à l'Académie de médecine, le 8 décembre 1896 ; c'est-à-dire le refoulement du corps étranger vers le pharynx ; mais mes doigts, profondément conduits le long de l'œsophage jusque dans le thorax, ne pouvaient percevoir la pièce de monnaie.

Je dus donc inciser l'œsophage ; ce que je fis sur la face postérieure du bord gauche de ce conduit. Le stylet que j'introduisis dans sa cavité à la recherche du corps étranger, me montra qu'il était profondément situé, et, en effet, je fus obligé d'introduire les deux dernières phalanges de mon auriculaire gauche, c'est-à-dire environ 3 centimètres, pour arriver à sentir le pôle supérieur de la pièce de monnaie. Pour l'extraire, j'employai d'abord une pince à griffe de Kocher qui dérapa, et je ne réussis à la bien saisir qu'avec une pince à disséquer à mors longs et forts, mon doigt servant de conducteur.

Le sou devait être fixé dans un repli de la muqueuse, puisque je ne parvins à le libérer qu'après quelques mouvements de dégagement. D'ailleurs le sou présentait, dans la moitié de sa surface, des traces de muqueuse, tandis que l'autre moitié était intacte.

Après l'extraction du corps étranger, je n'ai pas cru devoir suturer la muqueuse de l'œsophage. Le sou avait séjourné cinq jours pleins dans l'œsophage et avait altéré les parois de ce conduit. Je jugeai donc prudent d'installer dans l'œsophage une sonde qui permettrait d'alimenter l'enfant et mettrait en repos l'œsophage, jusqu'à réparation des lésions produites par le séjour prolongé et l'enclavement du corps étranger.

En effet, cette sonde me permit d'alimenter l'enfant par l'estomac à partir du 3e jour. A la suite de l'intervention je fis donner à l'enfant des lavements alimentaires et des lavements de bouillon salé, qui pouvaient agir, non seulement comme aliment, mais aussi comme injection de sérum.

Après l'opération, l'enfant eut des convulsions, une excitation très forte, qui nécessitèrent des lavements de codéine et de chloral.

Le jour de l'opération et le lendemain l'enfant eut une température rectale de 39°8 à 40 degrés. Le 3e jour, la température devint normale. La fièvre reparut le 4e jour et augmenta encore le 5e jour de la mort de l'enfant, par broncho-pneumonie.

Si la température avait été continuellement très élevée, on pourrait considérer cette fièvre comme due à la broncho-pneumonie qui a emporté l'enfant. Mais la chute à la normale, le 3e jour, me fait penser que l'élévation thermique des premiers jours pourrait être due soit à une infection locale causée par les

lésions de l'œsophage, soit à une infection générale chez un enfant débile. D'autant plus que le 5e jour, jour de la mort de l'enfant, la plaie opératoire était en bon état : les sutures avaient tenu, sauf celle qui fixait la sonde à la peau ; il n'y avait pas d'abcès apparent et pas de tuméfaction de la région cervicale.

L'enfant est mort le 5e jour de broncho-pneumonie, celle-ci ayant envahi tout le poumon gauche. Cette complication est due vraisemblablement, à la fois à l'état de débilité de cet enfant et aux lésions de l'œsophage thoracique produites par le séjour prolongé du corps étranger.

Les lésions des parois œsophagiennes, que j'ai constatées, montrent combien est dangereux le séjour prolongé des corps étrangers dans ce conduit, en particulier chez les enfants, et combien est vraie la règle, qui indique d'intervenir le plus tôt possible, lorsqu'on est en présence d'un corps étranger de l'œsophage.

L'on ne peut pas se fier à la tolérance de l'œsophage pour les corps étrangers, quoiqu'elle ait été parfois constatée.

Etant donnée la situation d'une pièce de monnaie à la partie supérieure de l'œsophage thoracique, au niveau du 2e rétrécissement normal, l'enclavement de ce corps étranger dans les parois de l'œsophage, les lésions qu'il avait déterminées, je crois que dans ce cas, la propulsion ou l'extraction par la bouche auraient pu déterminer de graves accidents immédiats. L'œsophagotomie externe, que j'ai pratiquée, pouvait seule, je crois, me permettre d'extraire cette pièce de monnaie avec le moins de lésions possible. Malheureusement, l'enfant que nous avons opéré était frêle et débile et n'a pu résister à la broncho-pneumonie qui est survenue le 4e jour et l'a emporté le 5e. C'est là d'ailleurs, une complication souvent à craindre chez les jeunes enfants et dans les cas et les opérations semblables.

Discussion.

Discussion sur l'hystérectomie vaginale pour gros fibromes.

(La communication écrite de M. Segond, n'étant pas arrivée à temps pour l'impression, sera publiée dans le prochain numéro.)

M. Quénu. — Nous sommes d'accord, M. Segond et moi, sur les indications opératoires, à quelques détails près, mais je diffère sur la méthode employée : quoi qu'il en dise, deux pinces appliquees sur les utérines, tiennent toujours de la place et sont une

gêne pour l'opérateur. De plus, s'il place deux pinces sur les utérines de bas en haut, de deux choses l'une : ou il placera les pinces supérieures de haut en bas, et alors, à la rencontre de ces deux séries de pinces, il aura un point mort de mauvais pincement; ou il placera ses quatre pinces de bas en haut, et alors l'extrémité de ses pinces se trouvera non plus dans le vagin, mais dans le ventre, et ceci est une mauvaise condition pour le maintien de l'antisepsie des moignons de ligaments larges.

M. Reynier. — Comme MM. Segond et Quénu, j'ai pendant longtemps été très partisan de la voie vaginale pour l'ablation des fibromes, et vous pouvez vous reporter à une communication que j'ai faite en 1893 au Congrès de chirurgie, où je considérais l'hystérectomie vaginale comme le procédé de choix.

Mais, depuis, nous avons fait de tels progrès dans la voie abdominale, que celle-ci me paraît devoir l'emporter sans conteste, quand il s'agit de gros fibromes, comme ceux dont parlent nos collègues, et qui remontent jusqu'au niveau de l'ombilic.

L'hystérectomie abdominale totale nous permet à l'heure actuelle, d'enlever rapidement et avec un minimum de risques opératoires, de tels fibromes. Quoi qu'on en dise, dans ces cas, l'hystérectomie vaginale devient une opération fort longue, très pénible et souvent très difficile.

Or, nous ne devons jamais oublier qu'une des conditions de succès dans nos interventions pour fibromes est la rapidité de l'exécution. Nous diminuerons ainsi le shock opératoire, et le shock chloroformique, si redoutable chez des femmes, dont les reins, le cœur, le foie, sont plus ou moins suspects.

La voie abdominale nous donne cette rapidité, que nous n'aurons pas par la voie vaginale.

Cette considération seule, me ferait donc donner la préférence à la laparotomie, réservant l'hystérectomie aux fibromes moyens, de la grosseur des deux poings, d'une tête de fœtus.

Dans ces cas, si toutefois la vulve et le vagin sont dilatables, l'hystérectomie me paraît être le procédé de choix.

Mais encore ne faudra-t-il pas que je me trouve en présence de ces fibromes étendus en largeur, remplissant le cul-de-sac de Douglas, flanqués de fibromes sous-péritonéaux, qui viennent faire coin, et s'opposent à tout abaissement. Je me suis vu dans ces cas, bien que le fibrome ne s'élevât pas jusqu'au niveau de l'ombilic, et en restât distant de plus de trois travers de doigt, être obligé d'ouvrir le ventre pour terminer une opération, que j'étais dans l'impossibilité de finir par la voie vaginale seule.

Dans un autre cas, où j'avais fait l'hystérectomie vaginale, je

n'ai pu amener que l'utérus bourrelé de fibromes, et un fibrome sous-péritonéal gros comme le poing m'échappa, que je ne pus reprendre, et comme cela ne saignait pas, je l'abandonnai dans le ventre ; la malade guérit.

Avec l'hystérectomie abdominale, vous n'aurez pas de pareilles difficultés, vous ne risquerez pas de faire de pareilles opérations incomplètes.

Je ne saurais donc accepter les limites très larges, que nous fixent MM. Segond et Quénu ; et je crois, qu'on doit aujourd'hui restreindre beaucoup les cas dans lesquels on aura recours à l'hystérectomie vaginale.

Quant à la question de la cicatrice, que M. Segond remet de nouveau sur le tapis, je crois qu'elle ne doit pas nous arrêter, pas plus qu'elle n'arrête, bien qu'il en dise, les malades.

Quand une femme vient nous trouver pour un fibrome, elle sait qu'elle doit subir une opération sérieuse, et peu lui importe une cicatrice. Si on lui dit que l'opération sera plus facile et moins dangereuse, sa coquetterie ne parlera pas bien haut, et si elle guérit, elle ne verra pas d'un mauvais œil la cicatrice à laquelle elle doit la vie.

Pour ce qui a trait au manuel opératoire, comme M. Quénu, je crois, qu'en effet, il vaut mieux mettre les pinces de haut en bas.

J'ai vu, comme il le dit, se produire entre la pince de l'artère utérine, placée de bas en haut, et la pince de l'artère utéro-ovarienne placée en sens inverse, une déchirure dans le ligament large. Il a fallu dans ces cas replacer une pince, pour arrêter la petite hémorrhagie, à laquelle donne lieu cet accident.

Mais si théoriquement tout ceci est vrai, pratiquement, ce que dit M. Segond l'est aussi. Très souvent l'abaissement ne devient facile que lorsqu'on a pincé son artère utérine et sectionné à ce niveau le ligament large.

On fait donc ce qu'on peut, et non pas toujours ce qu'on veut. Aussi tantôt ai-je fait comme le préconise M. Segond, et tantôt comme le conseille M. Quénu.

Quant à l'usage du tire-bouchon, j'appuie ce que vient de dire M. Segond ; il peut rendre de grands services. Il m'est arrivé dans un cas, où j'avais affaire à un gros fibrome, que l'enlevai par la voie vaginale, d'avoir recours au tire-bouchon dont je me sers pour les hystérectomies abdominales.

Grâce à lui, je pus amener et morceler un fibrome, qu'avec les pinces je ne pouvais saisir, toutes les pinces déchirant.

Mais malgré tous ces perfectionnements, l'hystérectomie vaginale n'en reste pas moins, quand il s'agit de gros fibromes dépas-

sant le volume des deux poings, une opération moins recommandable que l'hystérectomie abdominale totale.

M. Pozzi. — Pour mon compte personnel, je trouve que l'hystérectomie vaginale est moins grave que l'abdominale ; il faut la pratiquer de préférence à cette dernière, toutes les fois que l'on a affaire à des fibromes ne dépassant pas l'ombilic.

Dans les deux tiers des cas environ, je pratique la forcipressure préventive des utérines avec résection du col; mais cela dans les cas seulement où le col de l'utérus est long et où l'utérus lui-même ne se laisse abaisser que difficilement. Dans le cas contraire, je n'ai pas recours à cette manœuvre. Il arrive parfois qu'entre les pinces placées l'une de bas en haut et l'autre de haut en bas sur les ligaments larges, il se produise un léger suintement; je place alors une pince de plus, et cela suffit pour arrêter l'hémorrhagie, d'autant mieux que cette portion du ligament large est la moins vasculaire.

M. Poirier. — Je n'ai pas assez d'expérience pour donner un avis motivé sur les points délicats du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale pour fibromes. Je ne l'ai pratiquée que sept fois, parce que je la réserve pour les fibromes petits, déterminant des hémorrhagies, des compressions ou accompagnés de suppurations pelviennes. Dès que le fibrome dépasse sensiblement le pubis, j'ai recours à l'hystérectomie abdominale, totale ou sus-vaginale; et je tiens à m'élever contre cette assertion plusieurs fois répétée que l'hystérectomie vaginale est infiniment moins dangereuse que l'hystérectomie abdominale. Cela a pu être vrai, quand nous ne savions pas éclairer, nettoyer et drainer la cavité pelvienne : aujourd'hui, cela est au moins exagéré.

M. Quénu. — M. Reynier n'a pas dû lire ma communication, autrement il aurait vu que j'insiste sur la limite à laquelle il faut s'arrêter pour les indications de l'opération vaginale. Au lieu de la tangente à l'ombilic, j'ai adopté trois travers de doigt de l'ombilic comme limite de l'hystérectomie vaginale. J'ai pu opérer des fibromes de 1,200 à 1,300 grammes sans fatigue, mais je répète, que ce qu'il y a de plus remarquable dans ces opérations, c'est l'absence de shock. Dans une hystérectomie abdominale, le pouls s'élève toujours un peu au-dessus de la normale, dans les hystérectomies vaginales, il reste souvent à 76; le shock est moins considérable dans l'hystérectomie abdominale que dans l'hystérectomie vaginale. Pour décider de la valeur comparative de ces 2 opérations, qu'on apporte des statistiques; quant à moi,

j'apporte la mienne, qui est de 35 opérations par la voie vaginale avec 35 guérisons; je ne puis m'empêcher de conclure qu'il serait malheureux d'abandonner une opération qui donne de pareils résultats.

M. Reynier. — Je répondrai à M. Quénu que si j'ai pris la parole, c'est que je répondais surtout à M. Segond, qui rend justiciables de l'hystérectomie vaginale les fibromes remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Or, je voudrais qu'on s'entende bien sur ce que sont de pareils fibromes. Quand ils atteignent ces limites, et même quand ils restent au-dessous, ils constituent des masses très volumineuses; or, je ne vois pas mes collègues les enlevant si facilement par la voie vaginale. Dans nos discussions, tout se simplifie, mais telle opération présentée comme facile ici, peut souvent nous arrêter devant le malade. Or, je répète que si l'hystérectomie vaginale pour des fibromes de la grosseur d'une tête de fœtus, des deux poings, et mobilisables, me paraît toujours une bonne opération, dès que le fibrome devient plus gros, l'hystérectomie abdominale totale, me paraît de plus en plus devenir l'opération de choix.

Présentation de malades.

M. Tuffier présente un malade qu'il a opéré d'un kyste hydatique du poumon dont la radiographie lui avait permis de diagnostiquer le siège.

Présentation de pièces.

Corps étranger de la vessie.

M. Picqué. — J'ai l'honneur de vous présenter une épingle à cheveux incrustée de sels calcaires, que j'ai retirée de la vessie d'une femme de quarante ans, par la taille vaginale.

Cette épingle y avait séjourné deux mois et demi et avait provoqué l'apparition de symptômes très douloureux de cystite. J'établis le diagnostic, précis, à l'aide de la cystoscopie, dont je me sers d'une façon courante dans mon service de l'hôpital Dubois et qui me donna, d'une façon très nette, l'image de l'épingle. Je pratiquai la taille vaginale à l'aide du cathéter de Hartmann qui m'a

toujours donné d'excellents résultats. L'extraction fut difficile à cause du siège antérieur des deux pointes. Il me fallut attirer d'abord l'une des pointes au dehors, la fixer à l'aide d'une pince hémostatique et la réintroduire pour dégager la deuxième pointe.

Je fermai la plaie à l'aide de cinq crins de Florence et je plaçai une sonde à demeure.

La réunion immédiate fut obtenue sans aucun incident.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier

Paris — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 1er JUIN 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Rectification à la rédaction du procès-verbal.

M. QUÉNU. — J'ai dit, en réponse à M. Reynier, que : « le shock est moins considérable dans l'hystérectomie vaginale que dans l'abdominale » ; le procès-verbal me fait dire le contraire.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre M. NOCARD, président du IVe Congrès de la tuberculose, qui demande à la Société de Chirurgie de vouloir bien déléguer un de ses membres, pour assister aux séances ;

3° Lettre de M. POZZI, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, retenu par sa présence au Sénat, et qui demande un congé de deux mois ;

4° Lettres de MM. BEURNIER, ROCHARD, DELBET, qui posent leur candidature au titre de membre de la Société de Chirurgie.

A propos de la correspondance.

M. PICQUÉ dépose un travail de M. Bilhaut, chirurgien militaire, *Sur les hémorrhoïdes procidentes.*

Ce travail est remis à l'examen d'une commission : M. Picqué, rapporteur.

Communication.

Des phénomènes congestifs dans la pathogénie des hémorrhagies,

par M. POUSSON (de Bordeaux).

On connaît bien aujourd'hui le rôle considérable, joué par les phénomènes congestifs, dans la pathogénie des hémorrhagies des divers départements de l'appareil urinaire et du rein en particulier. Un grand nombre d'hématuries d'origine rénale, naguère difficiles à interpréter quant à leur cause, trouvent leur explication dans la congestion provoquée et entretenue par des lésions minimes et en apparence incapables de provoquer une rupture hémorrhagique de quelque importance. Le cas de ces hématuries essentielles, *sine materia*, va de la sorte se rétrécissant chaque jour, et il ne restera sans doute bientôt plus rien de la conception vague de Senator et des pathologistes allemands, attribuant à l'hémophilie le principal rôle pathogénique des saignements du rein, dont les lésions ne sont pas tout d'abord évidentes. Au nombre des nombreuses altérations anatomiques susceptibles de déterminer des hématuries périodiques, longues et abondantes au point de créer un véritable danger, se placeront les néphrites chroniques. Dans un travail tout récent, Albarran en a rapporté huit cas inédits et qui, pour la plupart lui sont personnels, et Poirier en a cité ici même une observation. J'ai eu moi-même occasion d'en observer deux faits dans ces derniers mois, l'un chez un malade d'un de mes collègues de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, l'autre, chez une malade de mon service. Dans les deux cas, la ténacité et l'abondance des hématuries, ayant conduit à pratiquer la néphrectomie, l'examen histologique a pu être fait et révéler l'existence de lésions inflammatoires corticales qui, méconnues à l'incision exploratrice du rein, auraient pu faire admettre sans cela le diagnostic d'hématurie essentielle. De ces deux observations, je ne puis vous rapporter que celle qui m'appartient.

A vrai dire, un autre état pathologique du rein que la néphrite interstitielle existait chez ma malade, et s'ajoutait sans doute au premier, pour provoquer et entretenir le saignement de l'organe : le rein était mobile. Bien que les hématuries dans la néphroptose ne soient pas inconnues, elles sont infiniment rares par rapport à la grande fréquence de cette affection, en particulier chez les femmes, et pour ma part, je ne me rappelle pas en avoir observé. On peut donc considérer, je crois, la ptose rénale comme secon-

daire dans la pathogénie de l'hémorrhagie chez ma malade et la néphrite comme la cause principale du saignement.

Observation. — Mon observation a pour sujet une femme de vingt-trois ans, qui m'est adressée au commencement du mois d'avril de cette année, par un médecin, le Dr Demptos fils (de Libourne), pour des hématuries profuses s'accompagnant de rétention vésicale des caillots avec douleurs et ténesme des plus violents, s'irradiant au rein droit.

Les antécédents de famille n'offrent rien à retenir; les parents vivent encore et sont en bonne santé : frères et sœurs également bien portants; un frère serait mort en bas âge d'une affection qu'elle ignore. Elle-même n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de dix-sept ans, où elle eut une fièvre typhoïde sans complications. Elle a toujours été bien réglée et n'a jamais souffert des organes génito-urinaires; cependant elle aurait ressenti, à l'âge de dix-huit ans, quelque fréquence et quelque douleur de la miction, qui depuis lors sont revenues à certains intervalles, mais qui ne se sont pas accompagnées de troubles des urines et ont toujours cédé rapidement à l'emploi de tisanes diurétiques. Mariée à dix-neuf ans, elle a accouché à vingt et un ans après une grossesse normale, d'un enfant qu'elle a nourri sans en éprouver la moindre fatigue.

Elle n'a jamais eu d'œdème et elle ne se rappelle pas qu'on ait examiné ses urines au point de vue de l'albumine; mais à partir du mois de janvier, elle s'est mise à uriner du sang à intervalles de plus en plus rapprochés et en quantité de plus en plus abondante. Ses crises hématuriques répétées, s'accompagnant de douleurs et de ténesme vésical, ont profondément altéré sa santé.

Lorsque son médecin me l'adresse le 7 avril, elle pisse du sang depuis quatre jours et m'apporte dans une bouteille les urines qu'elle a rendues la nuit précédente. Ces urines sont d'un rouge vif, elles ne contiennent que quelques rares caillots très petits, fragmentés, et très rouges. J'ai tout d'abord l'impression que je me trouve en présence d'une attaque d'hémoglobinurie. Cependant la malade m'affirme qu'elle a rendu, dans cette crise comme dans les crises précédentes, des caillots noirâtres, obturant l'urèthre et donnant lieu à des troubles dysuriques très pénibles. L'examen forcément incomplet auquel je me livre dans mon cabinet, ne revèle comme phénomène positif que l'existence d'un déplacement du rein droit, qui nullement douloureux à la palpation est nettement augmenté de volume. Loin de me prononcer sur la cause de cette hématurie, je ne crois même pas pouvoir en affirmer l'origine rénale ou vésicale. Je me contente de prescrire un traitement hémostatique, qui me donne souvent de bons résultats dans les hémorrhagies de l'appareil urinaire et qui se compose d'une potion à l'alun de fer; mais je conseille à la malade d'entrer à l'hôpital afin d'être soumise à l'observation minutieuse et complète.

L'hémorrhagie ayant cessé trente-six heures après, reparaît au bout de six jours avec plus d'intensité que jamais : des caillots nombreux et

cette fois nettement noirâtres encombrent la vessie et s'opposent à l'issue de l'urine, donnant lieu à des douleurs extrêmement pénibles. Lorsque la malade entre dans mon service le 17 avril, elle est épuisée par trois jours de souffrances atroces et réclame à tout prix une intervention.

L'examen de l'appareil urinaire que je pratique alors à loisir me conduit aux constatations suivantes. La vessie est débarrassée de ses caillots, ses parois me paraissent alors épaissies et sensibles à la pression bimanuelle; cependant la sonde exploratrice ne me révèle l'existence d'aucun relief dans son intérieur et après cette exploration le liquide injecté sort à peine rosé; la pression bimanuelle exercée sur la vessie ne la fait pas davantage saigner. La cystoscopie montre dans le bas-fond quelques caillots noirâtres, comme adhérents aux parois, mais le reste de la muqueuse est plutôt pâle avec quelques fines arborisations vasculaires, sans saillies papillaires, sans traces de végétations néoplasiques. La région du méat urétéral gauche est normale et celui-ci s'entr'ouvant physiologiquement par intermittence, projette un jet d'urine claire et limpide; par contre la région du méat urétéral droit est légèrement vascularisée, les lèvres sont turgescentes et comme œdématiées, de sorte qu'il est beaucoup plus facile de découvrir l'abouchement de ce conduit que celui du côté opposé : l'issue intermittente d'un jet d'urine fortement teinté en rose aide encore à la découverte.

La quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures varie de 1.500 à 2.000. Leur teneur en urée et en sels est normale, mais elles contiennent après filtration 0 gr. 60 d'albumine. Au microscope, on y trouve de nombreuses hématies, quelques globules blancs et des cylindres rénaux.

L'origine du saignement ne peut faire le moindre doute : il provient bien du rein et uniquement du rein gauche. Mais la lésion hématogène elle-même reste obscure et après avoir éliminé les affections, qui donnent le plus souvent lieu un saignement du rein, lithiase et cancer massif, dont la malade ne présente aucun des traits caractéristiques, je m'arrête au diagnostic probable, soit de tuberculose rénale primitive (bien que l'examen bactériologique n'ait pas révélé l'existence de bacilles de Koch), soit d'épithélioma du bassinet; et étant donné l'anémie profonde dans laquelle les pertes de sang ont plongé la malade et les crises douloureuses vésicales, que l'expulsion des caillots détermine, je crois devoir intervenir.

L'opération est pratiquée le 27 avril. Incision verticale le long du bord externe de la masse sacro-lombaire se recourbant en bas parallèlement à la crête iliaque; découverte rapide et facile du rein, qui, sa capsule ouverte, est amené à l'extérieur. Il est un peu volumineux, et très congestionné; sa surface est d'une coloration lie de vin, mais sans bosselures, sans irrégularités; sa consistance n'est nullement altérée; le bassinet ne semble renfermer à la palpation ancun corps étranger. Ne me contentant pas de cet examen, j'incise l'organe sur son bord convexe parallèlement à ses deux faces jusqu'au bassinet : cette incision donne lieu à un saignement abondant, mais que j'arrête en saisissant le pédi-

cule entre mes doigts. Dès lors, je puis voir que la coupe de la zone corticale est de coloration non uniforme, d'un rouge foncé, comme ecchymotique par places, pâle et anémiée en d'autres endroits : de plus, je constate au niveau du bassinet un pointillé rougeâtre d'aspect pétéchial des plus nets. En face de ces lésions fort minimes, j'hésite d'abord à faire l'ablation du rein mais, sachant que celui du côté opposé existe et fonctionne régulièrement, je me décide à la fin pour la néphrectomie.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. La plus grande élévation de température a été de 38°,4 le troisième jour. Il n'y a eu de suppuration, que celle provoquée autour du drain que je laissai quelques jours. Actuellement la plaie est complètement fermée.

Depuis l'opération, les urines sont demeurées sans traces de sang. La malade rend 1.400 à 1600 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures, dont la composition dans la dernière analyse est la suivante : urée, 18 gr. 50 par litre ; acide phosphorique, 1 gr. 08 ; chlorure, 9 gr. 70 ; traces impondérables d'albumine ; au microscope, quelques leucocytes et cellules épithéliales pavimenteuses ; pas de cylindres.

L'examen histologique des coupes prises dans les régions pâles et foncées a montré dans la première une abondante prolifération conjonctive étouffant les vaisseaux et l'appareil glomérulaire, qui lui-même présente de l'endo-périartérite ; dans la seconde, on voit les glomérules gorgés d'hématies et quelques-unes ayant rompu les vaisseaux se sont répandues dans la capsule de Bowmann.

M. Poirier. — Je vous ai communiqué, il y a un mois (séance du 4 mai), l'histoire d'un malade, sur lequel j'avais pratiqué la néphrectomie, pour des hématuries provenant du seul rein droit. Les symptômes et les lésions étaient identiques à ceux de la malade de M. Pousson : il s'agissait d'une néphrite chronique ; je remettrai sur le bureau l'examen histologique fait par M. Letulle. Or, mon malade qui avait parfaitement guéri, a succombé à des attaques d'asthme avec congestion pulmonaire au commencement du troisième mois après l'opération. Il est évident que la néphrite avait frappé les deux reins. J'incline à penser qu'il faut être réservé dans ces cas, et qu'il est mieux de ne point enlever le rein sur lequel on constate les lésions macroscopiques de la néphrite chronique, à moins que l'hématurie ne mette la vie du malade en danger immédiat. Il est en effet très probable que le processus de néphrite est fort avancé dans l'autre rein, lorsque l'on peut constater sur celui qui saigne l'aspect lobulé des reins atteints de néphrite chronique.

M. Picqué. — Si je prends la parole après la communication de notre collègue M. Pousson, c'est que j'ai eu, moi aussi, l'occasion

d'intervenir, mais d'une façon différente, dans un cas d'hémophilie rénale.

L'observation a été publiée dans un de nos récents congrès de chirurgie, et je vous demande la permission de vous relater brièvement le cas.

Il s'agissait d'une femme âgée, présentant une hématurie abondante et qui avait entraîné un état de cachexie très prononcée.

L'examen cystoscopique n'avait pu trancher la question de l'origine rénale : une taille hypogastrique fut pratiquée, qui permit d'affirmer l'absence de toute tumeur vésicale.

Le rein gauche était d'ailleurs déplacé et semblait augmenté de volume : il nous parut donc le siège de la lésion.

L'incision lombaire nous démontra l'existence, à la surface du rein, d'un gros kyste séreux à parois minces, qui fut réséqué. Je pratiquai toutefois la néphrotomie, qui ne me fit découvrir aucune lésion appréciable du parenchyme.

L'hématurie cessa définitivement, et je crus devoir admettre, dès lors, l'existence d'une hémophilie véritable sans substratum anatomique.

Notre collègue Albaran crut devoir faire des réserves à l'occasion de ce cas : il fit justement remarquer que, parfois, le rein est le siège de lésions qui ne peuvent être reconnues qu'à l'examen histologique et que, dans ces conditions, il est alors préférable de pratiquer la néphrectomie, qui seule peut amener une guérison définitive. Je ne partageai pas cette opinion. D'ailleurs dans notre cas, la guérison se maintint.

Chose curieuse, trois ans après, la malade fut reprise d'hématurie. Je l'adressai à la Pitié, dans le service de mon cher maître le professeur Berger. L'examen cystoscopique, pratiqué de nouveau, démontra l'existence d'une tumeur vésicale placée au voisinage de l'uretère droit.

M. Berger me fit l'honneur de me confier l'opération et voulut bien me prêter son précieux concours.

La taille hypogastrique me conduisit sur la tumeur. J'en pratiquai l'extirpation par les procédés habituels.

La malade est aujourd'hui complètement guérie, et je me félicite, lors de la première opération, que je pratiquai dans mon service de l'hospice d'Ivry, de ne pas avoir cédé à la tentation de lui faire la néphrectomie.

Dans les cas semblables à celui de M. Pousson, les deux reins peuvent être simultanément altérés : on conçoit dès lors le danger de la néphrectomie dans ces conditions.

Notre collègue Poirier vient de nous citer un cas où la néphrectomie a pu certainement être le point de départ des accidents qui

causèrent la mort de son malade, longtemps après l'opération. Je crois donc qu'on ne saurait être trop réservé à cet égard, surtout dans les cas où il n'existe que de petites lésions qui peuvent affecter en même temps les deux reins, et je pense, en résumé, que c'est à la néphrotomie qu'il convient d'avoir recours dans l'immense majorité des cas.

M. Monod. — Je me permets de souligner les remarques que viennent de faire M. Poirier et M. Picqué. Il me semble que dans les cas d'hématurie d'origine rénale, lorsque l'exploration directe ne permet de découvrir ni calcul, ni lésion locale telle qu'un kyste ou une tumeur expliquant l'écoulement sanguin, on ne peut, en thèse générale, se considérer comme autorisé à faire l'ablation du rein. *A fortiori* en est-il ainsi, si l'on constate des lésions de néphrite interstitielle, affection presque fatalement bilatérale, comme l'a rappelé M. Poirier, et comme l'événement l'a démontré chez son malade. Je rappelle, à cet égard, que l'opéré de M. Pousson présente encore dans son urine des traces d'albumine, preuve, il me semble, que le rein du côté opposé n'est pas, malgré les apparences, parfaitement intact. Il convient donc de faire toutes réserves sur l'avenir qui lui est réservé.

Incidemment, je demanderai à M. Pousson des nouvelles du premier malade dont il nous a parlé, opéré dans des conditions semblables par un de ses collègues.

M. Pousson. — Je remercie mes très distingués collègues des réflexions bienveillantes qu'ils ont faites à propos de ma communication. Au petit reproche qu'ils m'ont adressé d'avoir enlevé chez ma malade un rein simplement sclérosé, je répondrai que j'ai eu soin de faire remarquer combien j'ai hésité avant de prendre ce parti radical, et je ne m'y suis résigné qu'en présence de l'état grave dans lequel les douleurs dues à la rétention vésicale des caillots, et l'abondance des hémorrhagies avaient mis ma malade. En un mot, j'ai cru devoir faire la part du feu, craignant que la simple incision rénale qui, tout le monde le sait bien aujourd'hui, est susceptible d'arrêter ces hémorrhagies en apparence *sine materia*, ne mette pas un terme au saignement. Je ne nie pas la gravité post-opératoire et à longue échéance de la néphrectomie et pour moi c'est toujours un problème troublant que de se résoudre à l'ablation d'un rein, mais on ne saurait en éluder la solution dans les cas graves alors que l'importance des accidents ne laisse d'autre alternative que de voir la malade succomber de suite aux phénomènes actuels ou plus tardivement à des complications du côté du seul rein restant.

M. MONOD. — Je tiens à ajouter que je suis loin d'avoir voulu condamner la conduite suivie par M. Pousson dans le cas dont il nous a entretenu, et où il avait des raisons spéciales pour agir comme il l'a fait.

Je suis heureux cependant de l'avoir entendu accentuer ses réserves sur les indications de la néphrectomie en pareille circonstance.

Depuis quand la malade est-elle opérée ?

M. POUSSON. — Depuis six mois, et elle va bien. J'en donnerai ultérieurement des nouvelles.

Discussion.

Hystérectomie vaginale pour fibromes.

M. PAUL SEGOND. — La récente communication de notre collègue M. Quénu sur les *indications* et le *manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins*, m'avait d'abord inspiré la pensée d'envisager avec vous tout l'ensemble de cette grosse question. Mais, bien vite, le désir d'épargner votre temps m'a fait abandonner ce projet. Ma première hystérectomie pour fibromes date, en effet, du 6 septembre 1889, et j'ai pratiqué la 160e ces derniers jours. Je crois donc préférable de réserver pour une autre publication, les développements forcément un peu longs que l'analyse de ces 160 observations peut exiger et, dans la présente note, je me contenterai de reprendre aussi brièvement que possible les considérations que M. Quénu nous a soumises sur la *valeur intrinsèque*, les *indications* et le *manuel* de l'opération, afin de montrer que, si la manière de voir de notre collègue est juste à beaucoup d'égards, elle n'en reste pas moins passible, à mes yeux, de plusieurs critiques.

Ces critiques, je m'empresse de le dire, ne portent guère que sur les détails de la technique ou sur l'appréciation des indications opératoires. Quant à la valeur même de l'intervention, elle nous trouve entièrement d'accord. M. Quénu déclare, en effet, qu'il y aurait dommage à délaisser l'hystérectomie vaginale, « quelques progrès qu'ait réalisés, en ces dernières années, l'hystérectomie abdominale ». On ne saurait mieux dire. Depuis huit ans, j'ai si souvent donné les raisons qui m'ont fait le partisan convaincu de cette merveilleuse opération que je n'y

veux point revenir. Laissez-moi cependant vous faire observer que les meilleures d'entre elles sont aujourd'hui basées sur les enseignements d'une pratique personnelle assez longue pour être probante. Sans doute, j'ai perdu 24 de mes 160 opérées, et ma statistique n'a pas la blancheur de celle de M. Quénu dont les 33 opérées ont toutes guéri. Mais, à l'analyse clinique, cette mortalité globale de 15 p. 100 me laisse, je vous assure, tous les droits de considérer mes résultats comme satisfaisants.

Sans attendre la publication détaillée de mes 160 observations, un rapide coup d'œil sur les causes des 24 morts peut, dès maintenant, vous en donner la preuve. Ces 24 opérées étaient, en effet, dans un état de santé déplorable au moment de l'intervention. 17 sont mortes de péritonite, avec prédominance des signes d'occlusion intestinale dans 4 cas. Les 7 autres décès comprennent 3 morts par shock, une mort, par hémorrhagie; une mort, par tétanos; une mort, par urémie chez une brightique, et une mort par congestion pulmonaire chez une femme âgée. J'ajoute que parmi les malades mortes de péritonite, 8 fois, j'avais hystérectomisé avec tous les risques auxquels on s'expose quand il y a sphacèle des fibromes ou suppurations péri-utérines étendues, sans qu'il m'eût été possible de me conformer à la règle si tutélaire, en pareils cas, de n'hystérectomiser qu'après une sorte d'immunisation préalable par évacuation des foyers septiques ou curettage des parties sphacelées.

J'ai donc bien raison, n'est-ce pas, de penser qu'il n'y a pas là de quoi diminuer la valeur d'une opération qui m'a donné la guérison de mes 136 autres opérées. D'autant que nombre d'entre elles étaient vraiment de très grandes malades et que les autres présentaient, toutes, une ou plusieurs des indications formelles de l'intervention. J'insiste beaucoup sur ce dernier point qui donne à mes résultats personnels une garantie particulière. Je suis, en effet, de ceux qui pensent que l'ablation d'un utérus fibreux n'est jamais une vétille et que l'intervention chirurgicale n'ayant point du tout la parfaite bénignité dont on parle si volontiers maintenant, on doit, en dépit des perfectionnements de notre technique, rester très sévère dans l'appréciation des motifs qui légitiment l'intervention. Ceci soit dit aussi bien pour l'hystérectomie abdominale que pour l'hystérectomie vaginale.

Bref, et sans plus insister sur le détail de mes documents personnels, vous voyez bien comment ils ont affermi mes idées premières sur la haute valeur de l'opération dont M. Quénu vient de reprendre la défense, et je n'ai plus à dire combien notre accord est ici parfait. Vous savez, du reste, que depuis longtemps je vais encore plus loin que notre collègue dans cette application de

l'opération de Péan. Ses avantages, particulièrement indiscutables en cas de fibromes, se résument pour moi de la manière suivante : sa technique est accessible à tout vrai chirurgien. Elle jouit d'une efficacité supérieure au point de vue du pronostic d'avenir. Elle possède le privilège de débarrasser les femmes de tumeurs très volumineuses sans qu'il leur en coûte l'ombre d'une cicatrice apparente. Elle nous donne enfin, autant et plus que toute autre intervention, des garanties aussi parfaites que possible au point de vue du pronostic immédiat. Et c'est ainsi qu'à mes yeux toute tumeur fibreuse ne dépassant pas le niveau de l'ombilic doit être enlevée par voie vaginale.

Cette règle est pour moi si bien fondée qu'en pratique, lorsqu'on se trouve en présence d'un fibrome qui va atteindre l'ombilic, je conseille depuis longtemps d'opérer tout de suite et sans exiger d'autres indications, dans le seul but de donner aux malades les avantages des guérisons par les voies naturelles. Je ne compte plus les femmes qui pour avoir été détournées d'une intervention proposée dans ces conditions, ont dû s'exposer dans la suite aux dangers et aux mutilations cicatricielles des larges interventions abdominales. Aussi bien suis-je maintenant certain de mon dire et c'est avec une bien grande satisfaction que j'ai vu notre colègue M. Bouilly, parler dans un sens identique au dernier congrès de chirurgie. « Ce qu'il faut, disait-il, éviter à tout prix, quand on est à même de surveiller l'évolution d'un fibrome, c'est de laisser passer le moment où il est encore abordable et possible à enlever par la voie vaginale. »

Ceci dit sur la valeur intrinsèque de l'opération, j'arrive aux quelques divergences qui me séparent de M. Quénu.

J'en trouve une première dans la détermination du volume maximum des masses fibreuses encore justiciables de l'hystérectomie vaginale. Pour moi, je l'ai écrit depuis longtemps, l'hystérectomie vaginale reste l'opération de choix, tant que le niveau supérieur ne dépasse pas le point de tangence avec un plan transversal, passant par l'ombilic. M. Quénu trouve cette limite excessive et dorénavant, nous a-t-il dit, il accepterait volontiers pour limite supérieure une ligne passant à « trois bons travers de doigt » au-dessous de l'ombilic. Soit, et si dans ma pratique personnelle je crois devoir rester fidèle à ma formule première, j'admets volontiers que l'opinion de M. Quénu soit très défendable, je crois même que tout chirurgien, n'ayant pas une grande expérience personnelle du morcellement vaginal, fera bien de l'adopter de préférence à la mienne. A ce point de vue particulier, il n'existe en effet, entre M. Quénu et moi, qu'une question du plus ou du moins sans très grande valeur, et las raisons qui

la peuvent trancher dans un sens ou dans l'autre relèvent trop exclusivement des tendances ou des aptitudes personnelles de l'opérateur pour autoriser des jugements absolus.

La seule chose importante c'est qu'on sache bien que les fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale sont beaucoup plus gros que plusieurs chirurgiens se plaisent à le maintenir. C'est ce que je m'étais efforcé de démontrer à l'avant-dernier congrès de chirurgie et je ne puis que me réjouir du très gros appoint que M. Quénu vient d'apporter à la cause que je soutiens. Quant au poids des fibromes, il est sans doute intéressant de le relever à titre de document anatomo-pathologique, après les opérations. On constate ainsi que de très petits fibromes peuvent être très lourds. M. Quénu nous en a donné un curieux spécimen qui, soit dit en passant, aurait pu lui montrer que je n'ai rien fait de particulièrement extraordinaire en morcelant, une fois, par le vagin un utérus de 4 kilogrammes. Ailleurs, on trouve de très gros fibromes dont la pesanteur est relativement faible. Mais il va de soi que la notion du poids n'a rien à faire avec la discussion clinique des indications opératoires.

Après nous avoir donné son opinion sur le rôle du volume des fibromes dans les indications de leur ablation par voie vaginale, M. Quénu s'est tout naturellement occupé des autres conditions susceptibles de faire abandonner le morcellement par les voies naturelles, alors même que la masse à enlever présente les dimensions habituellement justiciables de ce mode d'intervention, et je ne puis que souscrire à ce qu'il nous a dit de l'extensibilité des tissus constituant le plancher pelvien. Il est bien clair que l'exiguïté du vagin ou la rigidité de ses parois compliquent beaucoup l'opération. Mais puisque M. Quénu voulait s'arrêter sur les difficultés du morcellement, je saisis mal les raisons pour lesquelles il a tant insisté sur l'état du conduit vaginal, sans nous parler davantage de la forme de l'utérus fibromateux, de la situation élevée des tumeurs ou de l'allongement parfois si gênant du col. Il y a cependant là toute une série de conditions susceptibles de créer des difficultés opératoires tout aussi compromettantes pour l'intervention que l'étroitesse ou la rigidité du conduit vaginal. A cet égard, notre manière de voir n'est donc pas tout à fait similaire, et sur quelques points nous différons même absolument. J'en veux pour exemple l'opinion de M. Quénu sur les difficultés pouvant résulter de la multiplicité des tumeurs. M. Quénu les nie et, moi, je suis plus que jamais convaincu que s'il est fort aisé de morceler très vite un utérus contenant un fibrome énorme mais unique, il peut être impossible de fragmenter, sans

un labeur de durée excessive, un utérus moins gros mais bourré de fibromes petits et multiples.

Terminant là ces remarques accessoires, j'aborde la partie la plus importante de la communication de M. Quénu, c'est-à-dire l'étude du manuel opératoire et c'est précisément ici que nous sommes surtout en complet désaccord. Dans l'exposé qu'il nous a fait de sa manière de procéder, je relève en effet les trois particularités que voici : 1° proscription absolue « de toute hémostase préventive dans toute hystérectomie vaginale », et par conséquent, jamais de pincement préalable des utérines; 2° souci constant de « systématiser, la pratique de l'énucléation » et d'en poursuivre toujours l'application « non par des excisions, mais par incision simple » du tissu utérin, si bien qu'à la fin d'un morcellement ainsi conduit « l'utérus s'amène au dehors hémisectionné au niveau du corps, complètement sectionné au niveau du col. Il représente comme une sorte de boîte ouverte dont les parois sont vides des masses qui les occupaient; cet utérus est complet, il est sectionné mais non morcelé »; 3° critique de la pratique consistant à pincer les utérines de bas en haut, puis les utéro-ovariennes de haut en bas, sous le prétexte, qu' « un point de mauvais pincement existe fatalement à la rencontre des deux pinces ».

Or, pour qui voudra bien s'en référer à mes écrits antérieurs, il est évidemment difficile de trouver pratique plus différente de la mienne, et, qu'il me soit permis de le dire, c'est en me basant sur l'expérience qu'ont pu me donner quelques centaines d'hystérectomies vaginales, que j'oppose à M. Quénu les trois ripostes suivantes : 1° tandis qu'il repousse toujours le pincement préalable des utérines, je le conseille, dans presque tous les cas; 2° à ses opinions sur la systématisation de l'énucléation, et sur la possibilité d'amener toujours au dehors un utérus complet, sectionné, mais non morcelé, j'oppose la dénégation la plus formelle, et je prétends que si cette pratique est possible et très naturelle dans les cas simples, elle est impossible dans les gros cas; 3° enfin, je nie absolument les inconvénients de ce qu'il nomme « le point de mauvais pincement » qui se produirait, d'après lui, quand on pince les utérines de bas en haut et les utéro-ovariennes de haut en bas.

Sans doute, mon ami M. Quénu peut me répondre que ce sont encore là des divergences secondaires, puisqu'elles ne portent que sur les détails de la technique, et je suis d'autant plus disposé à le reconnaître, que je n'ai plus à dire la haute confiance que m'inspirent son habileté chirurgicale et la qualité de ses succès opératoires. Toutefois, je n'en tiens pas moins à souligner ici la

différence de nos deux pratiques, afin de bien renseigner ceux qui n'ont pas encore l'expérience personnelle de l'opération, et qui s'exposeraient, d'après moi, à de sérieux mécomptes, s'ils voulaient toujours suivre à la lettre la technique de M. Quénu, sans savoir ce que d'autres hystérectomistes peuvent en penser.

Permettez-moi donc de terminer par l'exposé de ma technique personnelle, et pardonnez-moi surtout de revenir sur des détails opératoires que vous connaissez tous. Mais, que M. Quénu me permette de le lui dire, c'est un peu lui qui en est cause. Dans ses leçons antérieures publiées par la *Semaine gynécologique*, il m'a prêté un manuel opératoire que je n'ai jamais suivi pour la bonne raison qu'il est inapplicable en cas de fibromes et, même dans sa communication dernière, je relève plus d'un détail me prouvant qu'il connaît peu ma façon d'opérer. J'en suis donc réduit à penser que, malgré mon désir d'être clair, mes descriptions antérieures, n'en sont pas moins confuses; et tout en restant bref, j'ai naturellement à cœur de mieux m'exprimer aujourd'hui.

Comme je l'ai dit au Congrès de Bruxelles d'abord et très souvent depuis, trois cas principaux peuvent se présenter :

Dans un premier groupe de faits, il s'agit de fibromes pelviens et, notamment de fibromes du ligament large, qui refoulent l'utérus vers l'un des points de l'enceinte pelvienne, et bombent fortement dans le fond du vagin. C'est donc au fibrome qu'on doit s'attaquer tout d'abord, l'hystérectomie vient ensuite et n'est alors qu'un temps complémentaire fort simple. Dans un deuxième groupe, la masse néoplasique siège au-dessus de l'utérus qu'elle refoule vers le bas, et les rôles sont alors renversés; l'hystérectomie est préliminaire, c'est par elle qu'il faut commencer pour atteindre les fibromes. Dans un troisième groupe enfin, et celui-ci répond à la majorité des cas, le ou les fibromes sont intra-utérins, et par conséquent, le morcellement de l'utérus doit marcher de pair avec l'hystérectomie ; celle-ci est, en un mot, simultanée. Mais laissons de côté ces éventualités, dont les conséquences opératoires se comprennent aisément, et n'envisageons que les cas ordinaires, ceux dans lesquels on peut d'abord s'attaquer au col. Voici dans quel ordre j'ai coutume de faire succéder mes manœuvres.

Incision circulaire du vagin au bistouri avec deux débridements latéraux pour agrandir la brèche; libération du col sur ses deux faces avec ouverture du cul-de-sac postérieur, sans aucune tentative pour pénétrer dans le cul-de-sac antérieur qui, plus tard, s'ouvrira de lui-même sans les ciseaux; mise en place de deux pinces à mors courts sur les deux utérines; section de la base des ligaments larges; résection du col; fixation de la paroi utérine

postérieure avec une forte pince; à l'aide de cette pince, traction sur le corps utérin qui s'abaisse aussitôt pour s'offrir aux manœuvres du morcellement.

Ce début opératoire est on le voit très différent de celui conseillé par M. Quénu, et je ne crois pas inutile de rappeler une fois de plus, les raisons qui me le font préconiser. Bien entendu je ne parle que des cas offrant quelques difficultés, car, je suis le premier à en convenir, lorsque l'utérus n'est pas trop gros et surtout lorsqu'il s'abaisse facilement, tous les procédés sont bons et l'amputation préalable du col, après pincement des utérines et section de la base des ligaments larges, n'a rien d'indispensable. Mais je le répète, pour peu que l'utérus soit volumineux et difficilement abaissable, la manœuvre en question reprend tous ses droits et je m'explique mal qu'on les puisse contester. Elle présente en effet les quatre avantages suivants :

1° Sectionnant les ligaments utéro-sacrés, elle supprime d'emblée le premier et principal obstacle à l'abaissement.

2° Elle assure dès le début de l'opération l'hémostase des tranches vaginales et la maintient si bien que dans la grande majorité des cas, on n'a plus à s'en occuper.

3° Exécutée comme il convient, elle fait un temps spécial et méthodique de la seule étape opératoire durant laquelle la blessure de l'uretère soit possible. Rien de plus simple, par conséquent que de prendre les mesures voulues pour éviter cet accident, lequel est impossible durant les phases ultérieures de l'intervention.

3° Elle permet enfin de débarrasser le champ opératoire d'une masse charnue vraiment gênante quand le col est gros, et de prendre une solide prise sur le corps de l'organe.

Une fois le col amputé, l'hémostase des utérines assurée et les uretères mis hors de portée, on s'amarre sur le corps de l'utérus et, sans plus faire aucune espèce d'hémostase préventive, on procède à son morcellement. Ce morcellement est la partie essentielle de l'opération et, sans doute, il serait commode de le soumettre à des règles précises autant qu'immuables. Mais, par malheur, la variété des cas ne le permet absolument pas, et, contrairement à M. Quénu, j'estime, qu'en pratique, toute systématisation serait ici parfaitement illusoire. On morcelle comme on peut, et point du tout conme on veut. Bref, il n'y a pas d'autre règle précise que d'obéir aux indications spéciales du cas particulier, et d'avoir bien en main tous les artifices opératoires, dont l'ensemble constitue la méthode du morcellement. Il faut donc les mettre en œuvre sans aucune idée préconçue, énucléer les petits fibromes, morceler les gros par évidement conoïde, découvrir les uns et les autres par des sections ou des

résections appropriées du tissu utérin, et, peu à peu, l'utérus ou ce qu'il en reste vient en dehors soit par bascule antérieure ou postérieure, soit même par bascule latérale, quand le bord supérieur de l'un des ligaments larges vient s'offrir à la vulve avant le fond même de l'organe.

Ces différents temps s'exécutent avec des pinces, des ciseaux, et les deux bistouris courbes de Péan, manœuvrés comme vous le savez. Toutefois, pour faciliter la prise et le morcellement des fibromes, j'ai fait construire un tire-bouchon et un gros bistouri courbe à double tranchant, dont je me permets de vous recommander très particulièrement l'emploi. Contrairement aux pinces, le tire-bouchon ne dérape jamais; il permet, en outre, l'évidement de très gros blocs fibreux, et vous ne sauriez croire l'économie de temps considérable qui en résulte. Je suis heureux de trouver aujourd'hui l'occasion de vous montrer les deux instruments, qui depuis longtemps me rendent si grand service.

Tous les détails qui précèdent sont, je le sais bien, schématiques; mais ils suffiront, j'espère, à vous montrer quelle est, à mes yeux, la meilleure technique du morcellement, et dans quelle mesure elle diffère de celle que M. Quénu préconise. Je n'insisterai donc pas sur le dernier temps de l'opération, c'est-à-dire sur le pincement de haut en bas de l'étage supérieur des ligaments larges. Cette manœuvre est d'ailleurs on ne peut plus simple, et je n'ai jamais vu que le point de mauvais pincement dont parle M. Quénu eût un inconvénient quelconque. Quant au pansement il ne saurait m'arrêter davantage, et je ne vois pas très bien l'intérêt qu'il peut y avoir à doter d'une marque distinctive le tampon que M. Quénu appelle axial. Comme pièces de pansement je me sers habituellement de bandes de gaze étroites, que j'entasse en guise de tampon au fond du vagin ; et ma seule préoccupation c'est de les placer de telle façon qu'elles assurent le drainage, et qu'elles soutiennent bien les intestins en les protégeant de tout contact avec les pinces ou les pédicules, qu'elles enserrent.

Telles sont mes réflexions sur l'intéressante communication de M. Quénu et puisque j'ai tant insisté sur les questions de détail qui nous séparent, il est trop naturel que je termine en disant une fois de plus combien j'approuve son jugement général sur la haute valeur de l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins, et notamment sur les avantages de cette opération en cas de gros fibromes sous-ombilicaux.

En prenant l'initiative de poser à nouveau cette question devant la Société de Chirurgie, il a fait, je crois, œuvre très utile. Lors du

dernier Congrès de chirurgie, l'hystérectomie vaginale avait été l'objet de critiques si vives et si mal fondées que, malgré l'intervention de notre collègue M. Bouilly dans le débat que je rappelle, et malgré la netteté des arguments qu'il avait opposés aux adversaires de l'opération de Péan, tous ceux qui savent les merveilleuses ressources de cette intervention n'avaient pas moins conservé de cette discussion une impression fâcheuse. Il faut donc féliciter beaucoup M. Quénu d'avoir remis les choses à plus juste point en montrant, lui aussi, que les progrès de l'hystérectomie abdominale ne doivent pas faire oublier les avantages de l'hystérectomie vaginale, et que le discrédit dont quelques chirurgiens voudraient frapper cette dernière opération marquerait un recul aussi fâcheux que peu justifié.

M. Potherat. — Permettez-moi d'apporter, dans la discussion en cours sur l'*hystérectomie vaginale* appliquée au traitement des *fibromes utérins*, mon contingent personnel. Je le fais d'autant plus volontiers que, parmi les orateurs qui ont déjà pris la parole sur ce sujet, les deux principaux, M. Quénu et mon excellent maître M. Segond, ont en quelque sorte fait appel à l'opinion des jeunes, les conviant à employer cette méthode, et à juger la valeur réciproque du manuel opératoire de chacun d'eux.

C'est donc un jeune qui répond à cet appel ; il est vrai que ce jeune est un vieux convaincu de la valeur élective de l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins. Il y a en effet sept ans que j'ai pratiqué ma première hystérectomie vaginale pour fibrome, et dès 1893 je pouvais communiquer au VIIe Congrès français de chirurgie une petite statistique de 12 cas avec 1 mort. Disciple assidu de M. Segond j'avais pu, par de nombreux exemples de la pratique de cet habile maître, juger de la valeur de la méthode de Péan, et c'est ainsi que j'avais été amené à me lancer dans une voie qui m'apparaissait comme la voie de la vérité chirurgicale.

Depuis 1893, j'ai pratiqué cette opération un grand nombre de fois, et j'ai pu retrouver dans mes cartons 31 observations nouvelles, qui très certainement ne représentent pas la totalité de mes interventions, un certain nombre d'observations se trouvant forcément perdues dans les déplacements successifs des suppléances hospitalières. En ne tenant compte que de ces 31 faits dont j'ai les éléments justificatifs, j'ai donc, avec les 12 cas antérieurs, à l'heure actuelle, un total de 43 cas qui me permettront d'appuyer sur une base solide les quelques réflexions que je désire vous présenter.

Tout d'abord avec M. Segond, le vulgarisateur le plus qualifié de la méthode de Péan, je considère l'hystérectomie vaginale

comme l'opération de choix dans le traitement des fibromes utérins. Toutes les fois qu'elle pourra être exécutée, elle devra être employée de préférence à toute autre méthode.

Je ne puis ici que répéter ce que je disais en 1893 : « Opération réellement et définitivement curative, elle seule laisse les malades dans l'état le plus voisin de l'état normal, elle n'expose à aucun des inconvénients possibles de l'incision abdominale (ceinture, éventration) ». Il serait tout à fait oiseux d'insister sur ces inconvénients, après la parole si autorisée de M. Segond. Il est bon cependant de faire remarquer qu'ici, ils sont encore plus réels, plus marqués qu'après la laparotomie pour lésions des annexes ; car pour les fibromes l'incision abdominale devra toujours être longue. Même en laissant à part le côté esthétique, l'obligation de porter une ceinture, déjà gênante pour la femme du monde, devient un grave inconvénient pour la femme obligée à un travail plus ou moins rude; sans compter qu'avec les sutures les mieux faites l'éventration est toujours possible, et point n'est besoin d'en rappeler les inconvénients, voire même les dangers. Je vois encore de temps à autre, en province, deux campagnardes que j'ai opérées, il y a six et sept ans, de fibromes dans des conditions de forme et de développement très comparables. L'une, à qui j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale, est une femme active, laborieuse, se livrant au plus durs travaux sans difficulté, sans souffrance. L'autre, bien portante aussi, mais gênée par l'obligation de porter une ceinture, ayant une petite éventration à la partie moyenne de sa cicatrice, malgré une suture à triple étage et à fils perdus, réunie *per primam*, a dû restreindre considérablement l'étendue de ses occupations; elle ne peut travailler baissée, porter des fardeaux, etc. Ces deux femmes sont guéries toutes deux, mais combien différente est leur condition, et cela uniquement par suite des méthodes différentes employées!

D'autre part, la gravité opératoire n'est pas plus grande dans l'hystérectomie vaginale que dans l'hystérectomie abdominale, qu'elle soit totale comme le préfèrent beaucoup de chirurgiens, ou qu'elle soit supra-vaginale avec pédicule rentré comme la pratiquent volontiers mon excellent maître M. Bouilly, M. Poirier, et moi-même. Sans même faire intervenir la statistique particulière de M. Quénu, je crois que la gravité est moindre par la méthode vaginale ; en tous cas, en comparant bien entendu seulement des cas comparables, la dépression, les shocks opératoires sont moindres très certainement.

Personnellement, sur mes 43 cas, j'ai eu 3 décès, ce qui me donne une mortalité de 7.04 p. 100. Sur ces 3 décès, 2 seulement sont imputables à l'opération; c'est celui d'une femme de quarante-

trois ans, opérée à Beaujon, morte au 2e jour d'une hémorrhagie interne; une des pinces, défectueuse, ne serrant pas bien du bout, avait laissé peu à peu glisser la partie supérieure du ligament large. La deuxième était une femme de trente-sept ans, qui a succombé le 4e jour avec de la parésie intestinale, une température de 38°,5. Elle avait un utérus très infecté; c'était ma 7e opérée, je n'avais pas alors l'habitude, que j'ai prise ensuite, de nettoyer au préalable, ou au cours de l'opération, la cavité utérine; et c'est là certainement l'origine de cette septicémie. Enfin, le 3e décès est dû à l'injection, au 4e jour, dans le ventre de l'opérée, qui jusque-là allait très bien, par une infirmière inexpérimentée, de 2 à 3 litres de liquide d'injection vaginale. Bien que j'eusse été appelé rapidement, et que j'eusse évacué par le vagin la plus grande partie du liquide, la malade succombait quelques heures après cet accident. C'est un accident que l'on peut facilement éviter et que d'ailleurs on n'a pas à craindre quand au lieu de faire des injections précoces, on fait soi-même, pendant les dix premiers jours, des pansements vaginaux.

Donc je considère que la méthode vaginale est la méthode de choix. Mais il est des cas où elle n'est pas praticable, et ce sont ces contre-indications particulières, qui créent les indications des méthodes abdominales. Il est bien certain que si le vagin n'est pas dilatable, cette voie est à abandonner; je n'ai pas encore rencontré cet obstacle, sur lequel M. Quénu et M. Segond ont tout particulièrement insisté. L'absence d'accouchement antérieur, la présence même de l'hymen, ne sont pas des obstacles invincibles, lorsque le vagin est dilatable; j'ai pu chez une femme vierge enlever par hystérectomie vaginale un fibrome de près de 2000 grammes.

Le volume du fibrome doit évidemment entrer en ligne de compte; il est entendu qu'il ne faut pas employer la voie vaginale pour les *gros fibromes*, et tout le monde s'entend sur cette expression, quand il s'agit de tumeurs atteignant ou dépassant l'ombilic. Jusqu'à l'ombilic et au-dessous, il y a lieu de préciser. Tel fibrome remontera jusqu'au voisinage de l'ombilic, qui pourra être enlevé par hystérectomie vaginale ; j'ai pu facilement, aidé de deux internes de M. Segond (MM. Guitton et Wassilief), délivrer une malade d'un fibrome remontant à l'ombilic, le dépassant même un peu à gauche, et dont les fragments réunis pesaient 3,400 grammes. Tel autre fibrome dépassera peu le détroit supérieur du bassin et présentera des difficultés très grosses, parfois insurmontables. Maintes fois M. Segond a attiré notre attention sur cette particularité, et j'ai pu à plusieurs reprises reconnaître la sagacité de cette remarque. C'est, qu'en effet, la *forme* de la masse à enlever importe plus que le *volume* lui-même. Cette masse a-t-elle

son plus grand diamètre transversal dans l'excavation pelvienne : elle viendra plus ou moins vite, mais elle viendra ; elle viendra même aisément si vous voulez bien avoir recours au tire-bouchon que vous a présenté mon maître M. Segond, et dont j'ai appris le maniement dans son service, instrument merveilleux qui facilite singulièrement le manuel opératoire, et a certainement reculé les limites de la méthode vaginale. Que si au contraire le plus grand diamètre transversal est situé au-dessus du détroit supérieur, si ce diamètre est tel que la masse s'accroche, se « coince » sur ce détroit, ou même ne puisse s'y engager, vous éprouverez alors des difficultés très grandes, dont triomphe parfois un habile opérateur comme M. Segond, mais à l'encontre desquelles il vaut mieux ne pas se heurter. Au bout d'un certain temps, on arrive assez aisément à reconnaître ces cas, et alors, à mon avis, il est préférable de recourir à la voie abdominale.

Les complications inflammatoires utérines ou péri-utérines, ne sont pas des contre-indications. Dans plusieurs cas j'ai rencontré des fibromes sphacélés, ou des suppurations des annexes, et j'ai pu mener à bien l'opération ; la difficulté est plus grande quand ces inflammations ont déterminé des adhérences ; mais cette difficulté ne serait pas moindre pour le chirurgien opérant par l'abdomen. C'est dans ces cas surtout, on le conçoit aisément, que le pronostic est plus grave non par le fait de la méthode, mais par suite de l'atteinte portée à l'organisme par les lésions antérieures. C'est dans l'examen de ces faits que l'on trouve la source de la plupart des cas, qui ont une issue fatale.

Je serai très bref sur le manuel opératoire. Entraîné par l'exemple de mon maître M. Segond, c'est sa manière de faire que j'ai le plus souvent employée, m'efforçant de me rapprocher le plus possible de son manuel : décollement des faces antérieures et postérieures de l'utérus, sections verticales, morcellement, évidement conoïde et concentrique, réduction, en un mot, progressive de la masse totale de manière à pouvoir lui faire franchir facilement l'orifice vulvaire en la faisant basculer quelquefois d'avant en arrière, le plus souvent d'arrière en avant. Cependant, pour préciser, je dois dire qu'en réalité j'ai employé deux procédés, que j'ai appliqués à deux ordres de cas très différents au point de vue opératoire.

Dans le premier ordre, la masse à enlever est peu volumineuse ; elle a le volume d'un fort poing d'adulte ou un peu plus, mais, point essentiel, elle descend très aisément ; alors j'emploie constamment le procédé de M. Quénu, c'est-à-dire le décollement des deux faces, la traction sur la lèvre postérieure, la section verticale antérieure, remontant de proche en proche, au fur et à

mesure du décollement de la vessie et jusqu'au fond de l'utérus, la bascule en avant de l'organe, puis l'hémostase des ligaments larges par pincement quelquefois de haut en bas, comme M. Quénu, le plus souvent de bas en haut, suivant une manière de faire qu'il combat, et à laquelle je suis resté fidèle. En somme, dans ce procédé, l'hémostase n'est faite qu'à la fin.

Dans le second ordre de faits, l'utérus descend difficilement, soit qu'il y ait des adhérences, soit que la masse soit plus volumineuse; alors je procède comme mon maître M. Segond; je décolle les deux faces de l'utérus, je mets à découvert les ligaments larges, et je place sur le bord inférieur de ces ligaments, en remontant aussi haut que possible une de ces pinces à mors courts, qu'a fait construire M. Segond, et je sectionne en dedans de ces pinces les bords de l'utérus. L'organe descend alors beaucoup plus facilement. Après constitution de deux valves utérines, antérieure et postérieure, et détachement de ces deux valves, une forte pince à abaissement est placée sur la partie postérieure du moignon utérin; le lambeau enlevé permet de la planter, haut et fortement; elle deviendra, aux mains d'un aide, un point d'appui solide et très avantageux jusqu'à la fin de l'opération. Celle-ci se continue alors facilement sur la face antérieure, par sections verticales, morcellement, évidement à l'aide du couteau à lame courbe, et du tire-bouchon, enfin bascule antérieure. A ce moment, la partie supérieure du ligament large apparaît; en dehors des annexes, je passe en fourche et de haut en bas l'index et le médius de ma main gauche, et sans risque de blesser aucun organe, sous les yeux, je puis placer une ou deux pinces de haut en bas, ou de bas en haut, indifféremment. M. Segond et M. Quénu ont beaucoup insisté sur cette situation des pinces, qui enserrent les ligaments larges, et suivant qu'on les met de bas en haut, comme Péan, de haut en bas comme M. Quénu et mon habile maître M. Bouilly, où à la fois de bas en haut, et de haut en bas, ce qui a l'inconvénient, signalé par M. Quénu, et que je reconnais, de faire, au milieu du ligament large, une déchirure qui peut saigner facilement; il est toutefois facile de remédier à cette hémorrhagie par une pince à mors un peu plus longs, et mise en dehors des deux premières. Jusqu'ici, je dois le dire, dans ces 43 cas, qui servent de base à mon exposé, je ne me suis guère préoccupé de la manière dont les pinces étaient placées, et cela n'a certainement influé en rien sur le résultat opératoire. Le plus souvent je les mets de bas en haut, parce que cela me semble plus facile, à moi personnellement; j'ai d'ailleurs soin pendant le pansement de les attirer autant que possible dans le vagin, en tous cas, de recouvrir leur extrémité avec des mèches, deux au

plus, que je place dans l'orifice abdominal. J'ai soin aussi de les mettre simplement au contact des intestins, sans pénétrer plus haut dans le ventre. D'autres mèches, uniquement vaginales, entourent de toutes parts les pinces pour protéger les parois vaginales contre les meurtrissures, que produit leur contact direct avec celles-ci.

Un fait digne de remarque, à propos des pinces, c'est qu'aujourd'hui et comparativement à ce qui se passait il y a quelques années, leur nombre est très restreint; le plus souvent c'est deux, quelquefois, trois pinces seulement, employées pour chaque ligament; il en résulte que les ligaments larges sont moins tiraillés, et que les opérées souffrent beaucoup moins. Il y a là une réelle amélioration. Dans tous mes cas, elles ne sont restées que quarante-huit heures en place; je n'ai jamais eu d'hémorrhagie, sauf pour le cas que je vous ai indiqué plus haut, et où l'hémorrhagie était due non à la durée trop courte de leur application, mais à ce fait, que défectueuse, elle n'avait pas enserré suffisamment le bord supérieur du ligament large; c'est là un fait exceptionnel, et depuis lors, j'ai d'ailleurs eu bien soin toujours de mettre une pince spéciale, en quelque sorte supplémentaire, et de qualité éprouvée sur la portion de ce ligament, qui contient l'utéro-ovarienne.

J'ai toujours enlevé les mèches vaginales le 2e jour en même temps que les pinces, et les mèches vagino-abdominales le 3e jour au plus tard. J'ai bien soin, après l'ablation de celles-ci de m'assurer qu'intestin et épiploon ne font pas irruption dans le vagin; si cela se produit, je les repousse doucement dans le ventre, et s'ils persistent à redescendre, je les maintiens avec un petit tamponnement de gaze iodoformée.

Quelques chirurgiens laissent les mèches beaucoup plus longtemps; cela semble, en effet, n'avoir pas d'inconvénient sérieux si j'en juge par deux faits personnels, où par suite de circonstances particulières des mèches sont restées, sans le moindre inconvénient, 18 jours chez une malade, 52 jours chez une autre malade; il s'agissait de femmes hystérectomisées pour pyosalpinx.

En résumé, il résulte pour moi, de mon expérience personnelle, basée sur 43 cas, que l'hystérectomie vaginale, appliquée à la cure radicale des fibromes utérins, est une excellente méthode, qui, dans les limites qu'ont indiquées les orateurs précédents, et sur lesquelles je me suis moi-même expliqué, doit prendre le pas sur toutes les méthodes agissant par voie abdominale seule ou abdomino-vaginale combinée.

Routier. — Dans cette discussion rouverte par la communication de notre collègue et ami Quénu, sur l'hystérectomie vaginale, deux points principaux paraissent surtout en litige : l'indication opératoire, c'est-à-dire le choix que l'on doit faire de la méthode vaginale en face d'un fibrome sous-ombilical d'une part; d'autre part, le procédé à employer pour l'exécution de cette méthode.

Comme j'ai un assez bon nombre de fois traité des fibromes, soit par l'hystérectomie vaginale, soit par l'hystérectomie abdominale totale, j'ai recherché mes observations et mes résultats; je viens vous les soumettre aujourd'hui.

M. Quénu avait raison, ce me semble, quand il disait, que depuis quelque temps, l'hystérectomie abdominale totale gagnait aux dépens de l'hystérectomie vaginale ; pour ma part, et inconsciemment, je me suis certainement laissé aller à étendre les indications de la voie sus-pubienne et à restreindre d'autant mes interventions par la voie vaginale.

Et cependant, il faut bien avouer que de tous les résultats opératoires, le plus beau et le plus satisfaisant, soit pour le chirurgien, soit pour sa malade, est sans contredit celui qu'on obtient par l'hystérectomie vaginale, appliquée à la cure des fibromes.

Quand la malade est guérie de son opération, il n'en reste plus trace, et si au moment dramatique du traitement, on fait bon marché d'une cicatrice, il n'en est pas moins certain, qu'une fois la guérison obtenue, la femme, toute question d'esthétique mise de côté, est enchantée de n'avoir pas de cicatrice, pas de ceinture à porter, et le chirurgien ravi de n'avoir pas d'éventration à craindre pour l'avenir. C'est une guérison complète et totale qu'on a obtenue.

Il ne faut pas, en effet, oublier que dans les cas que nous avons en vue ici, d'ablation de fibromes, il ne s'agit plus de ces petites cicatrices comme nous savons en ménager pour l'ablation des kystes de l'ovaire, des salpingites ou même pour l'hystérectomie faite pour salpingites graves. Pour faire sortir de l'abdomen un fibrome tant soit peu important, même un fibrome qui ne monte pas à l'ombilic, et ils sont déjà gros, c'est au moins jusqu'à l'ombilic qu'il faut inciser la paroi.

Or, une cicatrice qui va du pubis à l'ombilic et surtout qui le dépasse, est toujours un point faible pour la paroi, quel qu'ait été le mode de suture employé.

C'est vous dire combien l'hystérectomie vaginale me paraît recommandable, malgré mes dernières infidélités que je vous expliquerai tout à l'heure.

Aussi l'ai-je souvent utilisée, et bien que je ne puisse offrir

ici une statistique vierge de morts comme celle que nous a apportée mon excellent collègue et ami Quénu, je reste partisan de ce procédé opératoire, mais je dois avouer que j'ai, comme lui, restreint un peu ses indications pour d'autres raisons que lui, à cause de mes morts sans doute et aussi à cause de l'hémorrhagie dont je vous parlerai.

Deux fois seulement, la main forcée par mes clientes, j'ai attaqué par le vagin des fibromes qui montaient franchement à l'ombilic. Une fois, il s'agissait d'un fibrome pur, l'autre fois d'un gros fibrome compliqué d'un abcès rétro-utérin, d'un pyosalpinx et d'un kyste dermoïde à l'autre ovaire. Bien que Péan eût refusé de l'opérer par la voie vaginale, après bien des hésitations, je cédai. Ces deux cas ont guéri et auraient dû m'enhardir davantage, je le reconnais. Mais sur 38 cas d'hystérectomie vaginale pour fibromes, sous-ombilicaux, j'ai six morts à déplorer, c'est ce qui m'a refroidi. Laissez-moi d'abord vous expliquer ces morts qui me donnent cependant, je crois, la même proportion 15 p. 100 qu'à mon collègue et ami Segond.

J'ai pu faire toutes les autopsies sauf une :

[1] La malade dont je n'ai pu faire l'autopsie est morte d'une hémorrhagie en nappe, qui a duré trois jours et demi, et que je n'ai pas pu arrêter. J'ajoute que je l''avais traitée par la castration 15 mois auparavant sans succès.

[2] Dans un cas, malgré toutes nos recherches les plus attentives, nous n'avons pas su découvrir la cause de la mort.

[3] Une de mes malades n'a présenté pour toutes lésions que des reins petits, contractés, elle avait rendu peu d'urine après son opération; je me crois autorisé à dire qu'elle est morte d'urémie.

[4] Une fois, l'appendice iléo-cæcal adhérent au ligament large droit qui était épaissi par un pyosalpinx, a été pincé par le clamp, il en est résulté un énorme sphacèle qui avait envahi toute la fosse iliaque et la moitié du cæcum.

[5] Il faut bien admettre une péritonite septique dans un cas où pour toute lésion, à l'autopsie, nous avons trouvé adhérente à un des pédicules sphacélés, une anse intestinale grêle qui portait une plaque de péritonite de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

[6] Enfin j'ai eu une mort dans un cas de fibrome à demi-sphacélé, le petit bassin était plein de pus, il y avait deux gros pyosalpinx; j'avais hésité à opérer cette femme qui présentait un état général des plus précaires et qui avait toujours eu 38 degrés au minimum avant mon intervention, on peut dire que la septicémie a continué.

Ce n'est pas à dire que mes 32 cas suivis de guérison aient été tous simples, loin de là, j'ai eu des fibromes mous, des fibromes durs, tantôt en petit nombre dans l'utérus, tantôt en grand nombre. Les annexes étaient souvent malades, plusieurs fois il y avait du pus.

Si j'ai restreint les indications de la voie vaginale, je crois que c'est, d'une part, que je suis devenu beaucoup plus habile dans la pratique de l'hystérectomie abdominale totale, et que d'autre part, dans quatre cas, j'ai dû, séance tenante, à la fin d'une hystérectomie vaginale procéder à l'ouverture du ventre pour obvier à une hémorrhagie. Ces quatre cas, qui ne font pas partie de la statistique précédente, ont tous guéri; j'ai encore dans mon service une de ces malades qui va sortir dans le courant de la semaine.

Ma pratique se rapproche beaucoup plus de celle de Quénu que de celle de Segond. La section médiane de l'utérus, en évitant l'hémostase préventive, m'a toujours paru plus commode; je ne respecte peut-être pas autant que mon ami Quénu, le tissu utérin au cours de l'opération, et je ne me fais aucun scrupule d'en enlever des tranches soit pour diminuer le volume de l'ensemble, soit pour faciliter l'énucléation des fibromes.

Comme Segond je trouve que le tire-bouchon est une pince merveilleuse, et suis au regret de ne l'avoir pas inventé.

Je n'ai jamais pratiqué de débridements latéraux soit sur la vulve, soit sur le vagin, mais je connais bien aussi ces vagins fibreux, sclérosés qui opposent comme un rétrécissement fort gênant, et si je m'en aperçois avant, ce qui n'est pas toujours possible vu la place occupée par les fibromes, je passe par l'abdomen.

Je connais aussi ces fibromes en poire, à col grêle et allongé, qui ceux-là remontent à l'ombilic, ou au-dessus, mais qui laissent les flancs libres : ce sont ces fibromes qu'on enlève par l'abdomen en quelques minutes, sans qu'il y ait pour le malade ni shock opératoire ni autre danger que celui d'avoir une cicatrice. C'est l'idéal des fibromes pour congrès.

Au fond de tout cela, nous sommes très voisins d'opinion et sur les indications, et sur le choix et la méthode, chacun y apporte ses aptitudes et ses préférences opératoires : c'est la seule chose qui nous empêchera de suivre tous le même procédé pour des cas cependant similaires.

Laissez-moi vous dire, en terminant, que nous semblons tous, ou à peu près, garder l'hystérectomie abdominale totale pour les cas les plus graves; or, depuis que je fais l'hystérectomie abdominale totale, soit par mon procédé, soit par le procédé dit américain, c'est-à-dire depuis 1895, j'en ai pratiqué quarante-deux avec six

morts, ce qui me ferait un pourcentage un tant soit peu meilleur que pour l'hystérectomie vaginale.

Il y a quelques jours, à propos de la discussion de l'ouverture des abcès pelviens par la voie vaginale, je prenais la parole pour dire que cette opération, curative dans bien des cas, était pour moi dans beaucoup d'autres, comme une opération d'urgence, de nécessité, destinée à faire gagner du temps, pour pouvoir, si elle ne guérissait pas la malade, lui permettre de supporter plus tard l'hystérectomie vaginale; j'ajoutais que cette hystérectomie vaginale pour suppuration n'était pas pour moi l'opération bénigne que d'autres avaient semblé dire.

J'ai retrouvé cette opinion avec plaisir dans la communication de mon ami Segond, qui n'est pas suspect quand il parle d'hystérectomie vaginale, et pour lui aussi, c'est une opération grave quand il y a autre chose qu'un fibrome simple.

C'est ce qui m'a fait esquisser cette comparaison de mes deux statistiques d'hystérectomie vaginale et abdominale; et je terminerai en disant :

« Ce qui est grave, ce n'est pas l'hystérectomie, qu'on la pratique par la voie vaginale ou par la voie abdominale, mais ce sont les complications opératoires, quelquefois les accidents qu'occasionnent, soit l'inclusion de ces fibromes dans les ligaments, soit leurs adhérences aux intestins, soit et surtout les lésions concomitantes des annexes, lésions kystiques et surtout suppurées. »

Et tout en admirant les résultats que nous fournit l'hystérectomie vaginale qui donne la guérison idéale, j'avoue que si je soupçonne quelqu'une des complications que je viens d'indiquer, je préfère la voie abdominale, sans plus tenir compte du volume des fibromes.

Dans tous les autres cas, j'estime que pour les fibromes sous-ombilicaux, l'hystérectomie vaginale est le procédé de choix.

Rapport.

Opération du ptosis par la greffe tarsienne d'une languette médiane du muscle droit supérieur. — Trois nouvelles observations,
par le M. le D[r] MOTAIS (d'Angers).

Rapport de M. DELENS

Messieurs, vous n'avez pas oublié la communication que vous a faite dans la séance du 5 mai 1897 M. le D[r] Motais. Il s'agissait d'une nouvelle méthode opératoire du ptosis par la greffe tarsienne du muscle droit supérieur. Notre confrère, à l'appui de sa communication, vous présentait une malade opérée par lui, et chez laquelle, malgré des conditions défavorables, il avait obtenu, ainsi que vous avez pu en juger, un excellent résultat.

Pour remédier à la chute de la paupière supérieure, les chirurgiens n'avaient jusqu'ici à leur disposition que des opérations assez compliquées. En 1838, Hunt (de Manchester) avait eu l'idée de suppléer à la contraction absente du releveur de la paupière, en rattachant celle-ci au muscle frontal. Cette idée a été reprise en 1880, par Dransart (de Somain), et M. le professeur Panas a modifié heureusement l'opération de Dransart.

Mais avant le D[r] Motais, aucun chirurgien n'avait songé à utiliser l'action du muscle droit supérieur de l'œil pour suppléer celle du releveur en défaut. En cela, notre confrère a bien été un novateur.

On sait que, à l'état normal, le muscle droit supérieur et l'élévateur de la paupière agissent synergiquement. Lorsque le globe de l'œil se porte en haut par la contraction du premier de ces muscles, la paupière supérieure se relève, maintenant à découvert la pupille. Si le releveur de la paupière se trouve paralysé, il est donc rationnel de confier son relèvement à la contraction du droit supérieur.

Voici, très brièvement résumée, la manière dont procède le D[r] Motais. Il met largement à nu l'insertion du droit supérieur à la sclérotique, puis, il dissèque une languette médiane du tendon d'une largeur de 3 millimètres et de 10 millimètres de longueur.

Une boutonnière est ensuite pratiquée à la paupière supérieure, par sa face conjonctivale, sur la ligne médiane et à travers l'insertion du tendon du releveur, immédiatement au-dessus du bord supérieur du cartilage tarse dont la face supérieure est disséquée sur une petite étendue.

Une anse de fil passée au travers de la languette médiane du

droit supérieur est engagée dans la boutonnière palpébrale et les deux aiguilles dont sont armées les extrémités du fil, engagées dans la boutonnière palpébrale, viennent ressortir par la face conjonctivale de la paupière, à travers l'épaisseur du cartilage tarse, à 2 millimètres du bord supérieur de celle-ci où ces fils sont noués.

La languette du tendon du droit supérieur se trouve ainsi greffée au cartilage tarse, sans que l'action du muscle sur le globe oculaire soit modifiée puisqu'il conserve ses insertions latérales.

Pour les détails de la technique opératoire, minutieusement exposés par le Dr Motais, nous renvoyons au travail qu'il a publié dans les *Annales d'oculistique*, juillet 1897, t. CXVIII, p. 1.

Disons seulement que l'opération peut être pratiquée sans chloroforme, avec le secours de la cocaïne seule et sans instrumentation spéciale.

Dans la séance du 4 mai dernier, le Dr Motais est venu nous apporter trois observations nouvelles de l'application de sa méthode et les photographies de ses opérés nous ont montré l'excellence des résultats obtenus par lui.

Dans la *première observation*, il s'agit d'un jeune garçon de douze ans, ayant un ptosis incomplet du côté gauche. Dans le regard de face, le bord palpébral gauche tombe de 4 à 5 millimètres au-dessous du bord palpébral droit. Dans le regard en haut, un très léger relèvement de 2 millimètres environ se produit par une action très faible du muscle releveur, action qui n'a jamais augmenté depuis son enfance, malgré l'électrisation continuée pendant un an.

Le 13 juillet 1897, le Dr Motais opère ce ptosis par le procédé décrit précédemment et rigoureusement appliqué. Il ne retrouva pas les complications de sa première opération. Celle-ci fut aussi facile qu'un simple avancement musculaire.

Les sutures furent enlevées au sixième jour. Le quinzième jour, tout gonflement opératoire avait disparu; le mouvement de charnière était parfait, les fentes palpébrales égales dans toutes les directions du regard.

La *deuxième observation* est relative à une jeune fille de vingt-deux ans atteinte de ptosis double congénital. Il y a paralysie complète des deux releveurs, sans autre complication. Seulement, les orbites étant peu profondes, les yeux sont assez saillants et les paupières largement développées.

La double opération est pratiquée, sans difficultés, le 14 octobre 1897. Les sutures étant enlevées le 21, la malade fut congédiée et revue seulement le 15 novembre, avec le résultat suivant qui ne s'est pas modifié depuis cette époque.

La languette tarsienne se meut librement, sans gêne quelconque, sans strabisme ni diplopie, soit dans le regard en bas, soit dans le regard

latéral. Les mouvements des paupières ont repris tous leurs caractères physiologiques. Les plis sont parfaitement dessinés.

Toutefois, la fente palpébrale est encore un peu fermée. L'œil ne s'ouvre pas largement sans un effort qui prouve que la double tâche du muscle droit supérieur lui est un peu lourde. Le résultat étant identique dans les deux yeux, cette petite imperfection est peu sensible. Cependant, le Dr Motais pense qu'il est de son devoir de la signaler, d'autant qu'elle deviendrait plus apparente dans la correction d'un ptosis unilatéral.

Pour sa *troisième opération*, le Dr Motais s'est trouvé en présence de complications qui l'ont obligé à modifier un peu son procédé primitif et à y adjoindre la résection d'un lambeau palpébral.

Il s'agissait d'une petite fille de huit ans, ayant un ptosis double congénital complet et obligée de rejeter fortement la tête en arrière, pour regarder en face. Elle avait, en outre, reçu, à six ans, un coup de couteau à la partie interne du limbe cornéen de l'œil gauche, avec hernie de l'iris et déplacement consécutif de la pupille en dedans.

Les paupières sont épaisses; le bord palpébral, souvent atteint de blépharite, est un peu gonflé.

Instruit par l'expérience précédente, le Dr Motais jugea prudent, dans ces conditions, de combiner à son opération la résection d'un lambeau palpébral.

Il excisa un lambeau parallèle au bord palpébral de toute l'épaisseur de la paupière, de trois millimètres de hauteur au centre, en prenant soin de placer l'incision inférieure à 5 ou 6 millimètres du bord palpébral, afin de conserver une surface tarsienne suffisante pour recevoir la greffe du tendon.

Avant toute suture, un pansement compressif fut appliqué pendant vingt minutes, jusqu'à ce que l'hémostase fût complète. Recouvrant le bord palpébral et attirant en haut, à l'aide d'un crochet fixé dans la muqueuse, la lèvre supérieure de la plaie, l'opérateur tailla le lambeau du tendon du muscle droit supérieur et le souda au cartilage tarse comme à l'ordinaire, puis sutura les deux lèvres de la plaie palpébrale par des sutures profondes. Cette combinaison n'apporta à l'opération aucun impedimentum sérieux, sauf le retard de l'hémostase.

Le résultat fut de tous points excellent.

Quatre ou cinq jours après l'ablation des sutures, les paupières se fermaient facilement, et un mois après l'opération, le voile palpébral retombait complètement dans le sommeil. D'autre part, la légère diminution dans la hauteur palpébrale suffit pour donner au muscle droit supérieur une action facile et intégrale.

Le Dr Motais se demande si le résultat sera toujours aussi parfait, si la hauteur du lambeau sera toujours déterminée d'avance avec toute exactitude. Il pense que peut-être il vaudrait mieux substituer à la résection, comme il l'a proposé l'année dernière, le raccourcissement de la languette du tendon du muscle droit

supérieur, augmentant ainsi la tension du muscle. Il y a là, dit-il, des inconnues cliniques et opératoires que la pratique seule nous apprendra.

Avec l'auteur de cette intéressante communication, nous croyons que l'on peut déduire les conclusions suivantes des trois observations qu'il nous a présentées :

1° La greffe tarsienne du tendon du muscle droit supérieur suffit pour un ptosis incomplet ;

2° Elle doit être combinée à la résection d'un lambeau palpébral dans un ptosis complet. Le lambeau plus ou moins large, suivant le développement de la paupière, l'épaisseur et le poids de celle-ci, sera toujours plus limité que dans l'excision simple ;

3° Les résultats ainsi obtenus sont vraiment parfaits et rétablissent les conditions physiologiques normales des mouvements de la paupière.

La paralysie du muscle droit supérieur constitue, cela va sans dire, une contre-indication absolue à l'opération.

Messieurs, j'ai reproduit aussi exactement que possible, dans ce rapport, le travail du Dr Motais, et littéralement transcrit le texte même de ses observations. Vous avez pu, je l'espère, saisir au milieu de détails un peu minutieux ce que la nouvelle méthode opératoire de notre confrère présente de vraiment original. Quant aux résultats des quatre opérations qu'il a pratiquées jusqu'à ce jour, ils ont très favorablement impressionné tous ceux d'entre vous qui ont examiné soit la malade présentée dans la séance du 5 mai 1897, soit les photographies qui ont été mises sous nos yeux, dans celle du 4 mai dernier.

Je vous propose donc : 1° d'adresser à l'auteur les remerciements de la Société pour son intéressant travail et de le déposer dans nos archives ; 2° d'inscrire son nom en rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société.

M. Reynier. — Je me permettrai de poser une simple question à M. Delens.

J'ai vu un certain nombre de ces paralysies : en même temps que la paralysie du releveur, il existe très souvent une paralysie du droit supérieur, ces deux muscles ayant la même innervation.

J'ai vu 3 cas de ptosis; dans ces 3 cas il y avait paralysie du droit supérieur, et les ophtalmologistes avec lesquels j'ai eu l'occasion de parler de ces cas m'ont dit qu'en effet ils étaient très fréquents.

L'opération de M. Motais serait alors contre-indiquée.

M. Delens. — C'est en effet une contre-indication, comme cela est dit dans le travail de M. Motais. Mais ces cas ne sont pas les plus fréquents. Ce que je n'ai pas dit dans mon rapport, c'est qu'on serait en droit de craindre qu'un muscle aussi faible que le droit supérieur ne pût suffire à ses nouvelles fonctions. Mais les observations de M. Motais sont concluantes sur ce point.

M. Brun. — Il faut distinguer le ptosis congénital et le ptosis paralytique; dans le congénital le droit supérieur n'est pas paralysé, c'est pour ces cas seulement que l'opération de M. Motais a été imaginée. Dans le tabès, par exemple, elle ne trouverait pas son indication.

M. Reynier. — Je ferai remarquer pourtant à M. Brun que j'ai deux malades qui ont du ptosis congénital avec paralysie du droit supérieur.

Lecture.

Occlusion intestinale, par torsion, de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère, par M. Delbet.

Le travail est renvoyé à une commission composée de MM. Reclus, Nélaton et Routier, rapporteur.

Présentation de malades.

Résultat éloigné de la gastro-entérostomie.

M. Tuffier présente un malade auquel il a pratiqué il y a plus d'un an, une gastro-entérostomie, pour des hématémèses incoercibles. Le malade n'a pas vomi depuis un an et est resté guéri. Son état général est excellent.

Réparation des pertes de substance de la paroi du crâne.

M. Poirier. — Le malade que je vous présente est un bel exemple de la rapidité avec laquelle se réparent, sur certains

malades, les pertes de substance pratiquées par le chirurgien à la paroi cranienne. Ce malade, qui est âgé de quarante et un ans, était entré à l'hospice d'Ivry le 17 septembre 1897 pour fracture de la voûte du crâne avec plaie des téguments. En octobre, il eut des accidents septicémiques graves contre lesquels on fit une saignée et des injections de sérum : celles-ci déterminèrent une large escharre sur la cuisse droite.

Lorsque je pris le service, en janvier 1897, le malade présentait des symptômes de compression cérébrale, avec légère élévation de la température. Je diagnostiquai un abcès sous-jacent à la fracture et fis le 13 janvier une première trépanation qui permit d'évacuer un abcès sus-duremérien contenant environ 50 grammes de pus. Le malade fut soulagé ; il parut guéri ; mais la plaie resta fistuleuse, et la lourdeur de tête persista avec de l'abattement.

Jugeant que mon intervention avait été incomplète, je trépanai de nouveau le 17 mai 1897 : cette fois, j'opérai plus largement et enlevai avec le ciseau et la pince-gouge un lambeau de la paroi cranienne de forme ovalaire ayant 8 centimètres de long sur 5 de large, environ la surface de deux pièces de 5 francs en argent. Je note que les os (frontal et pariétal) étaient notablement épaissis. Il me fut alors facile de voir une fistulette de la dure-mère conduisant dans un large abcès sous-duremérien : l'incision de la dure-mère mit à nu une cavité à parois rougeâtres contenant environ 40 grammes de pus (un verre à Bordeaux). Ce pus contenait du bactérium coli pur. Après cette deuxième intervention, les troubles cérébraux disparurent; le malade sortit le 6 juillet, portant encore une fistulette, qui a persisté jusqu'au 20 décembre. Depuis ce moment, la plaie est définitivement fermée.

A l'heure actuelle, douze mois après l'intervention, on constate une dépression de la paroi cranienne au lieu de la trépanation; toute cette dépression est constituée par une paroi osseuse résistante.

Peut-être faut-il attribuer cette reproduction osseuse à l'inflammation chronique de la dure-mère. Le malade n'est ni alcoolique, ni syphilitique.

Résection des deux tiers internes de la clavicule pour difformité causée par un cal saillant, et une luxation en avant de l'extrémité interne de la clavicule. — Guérison. — Résultat esthétique et fonctionnel très satisfaisant, par M. Morestin.

Envoyé à l'examen d'une commission : M. Richelot, rapporteur.

Présentation d'épreuves radiographiques.

Présentation d'une collection de radiographies.

M. Maunoury. — Il y a un an, j'ai installé dans mon service de chirurgie de l'hôpital de Chartres les appareils nécessaires pour examiner les malades avec les rayons Rœntgen, et pendant cette année j'ai pris environ 250 radiographies. J'ai l'honneur d'offrir à la Société de Chirurgie une collection de 34 épreuves se rapportant à 22 malades, et choisies parmi celles qui m'ont paru les plus intéressantes.

Corps étrangers. *Aiguilles.* — J'ai eu à rechercher nombre d'aiguilles dans la main et dans le pied. Je vous en présente deux exemples : le n° 3, une main avec un long fragment d'aiguille terminé par le chas, et le n° 29, un pied avec pointe d'aiguille. Vous savez que malgré cette localisation précise des corps étrangers par la radiographie, on continue à éprouver fréquemment d'assez grandes difficultés à les trouver. J'ai employé pour cela une manœuvre qui m'a rendu service. Comme nous ne disposons pas, à Chartres, d'une canalisation électrique, je suis obligé de fabriquer l'électricité à l'aide d'une dynamo, et en faisant appliquer la partie dans laquelle est logé le corps étranger sur l'armature de cette dynamo pendant qu'elle marche; son aimantation puissante a réussi assez souvent, non pas à faire sortir, mais à faire saillir fortement sous la peau une aiguille que l'on ne pouvait jusque-là sentir, et dont l'extraction devint alors facile.

Projectiles. — Je vous présente en outre deux épreuves montrant le résultat de coups de fusil tirés par des braconniers sur des gardes-chasse. Sur le n° 7, vous voyez que la charge a enlevé un grand fragment du cubitus, que j'ai dû retirer par morceaux; sur le n° 32, les nombreux grains de plomb qui restent dans la main causent une gêne assez considérable.

Articulations. *Luxations.* — Toutes les luxations reçues dans mon service sont radiographiées avant et après la réduction. Le n° 30 nous offre un type de luxation du coude en arrière survenue chez une femme de soixante-dix-sept ans.

Le plus souvent il faut prendre plusienrs clichés pour bien savoir à quelle variété on a affaire. La figure B, du n° 8, prise de profil, nous représente bien une luxation du coude en arrière,

mais il a fallu prendre une radiographie de face pour permettre de dire qu'il s'agit d'une luxation en arrière et en dedans.

Enfin, lorsqu'il s'agit d'anciennes luxations irréductibles, la radiographie permet de voir ce que les tentatives de réduction ont fait gagner et de quelle nature sont les obstacles. Le n° 5 représente une luxation du coude datant de soixante-six jours, et le n° 6 indique que malgré des tractions portées jusqu'à 120 kilogrammes, le terrain gagné a été bien faible; on aperçoit, comme obstacle à la réduction, les dépôts osseux qui se sont formés sur l'extrémité inférieure de l'humérus, mais l'apophyse coronoïde arrachée paraît trop éloignée pour pouvoir gêner la réduction.

Résections. — Les nos 10 et 11 vous montrent de face et de profil une résection du genou datant de deux ans.

Lésions osseuses. *Cancer des os.* — Le n° 9 montre, d'une manière très nette, un cancer de l'humérus ayant donné lieu à une fracture spontanée. La désarticulation de l'épaule a permis de confirmer ce diagnostic.

Fractures. — J'arrive aux fractures. Ce sera le point le plus important de cette communication, car c'est là certainement que la radiographie est appelée à rendre les plus grands services. Il est probable qu'elle causera souvent d'assez vives déceptions tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement. Elle fait voir, en effet, combien il est facile de se tromper sur le siège de la fracture, sur le déplacement des fragments, sur l'action des appareils qui peuvent donner en pratique d'excellents résultats, sans que pour cela la réduction des fragments soit bien rigoureuse. Enfin, elle nous a permis de suivre la formation du cal, qui se fait de manière très variable.

Nous envisagerons d'abord les fractures simples, et en premier lieu celles du fémur.

Les trois radiographies concernant le malade n° 12 montrent combien on peut se tromper sur le siège de la fracture, et combien il est indispensable de radiographier le membre dans différents sens. Chez cet homme, l'examen clinique faisait croire à une fracture siégeant au tiers inférieur de la cuisse, et cependant la radiographie n° 16, prise de profil, montre que la fracture siège au-dessus de la partie moyenne. En outre, cette vue de profil permet à peine d'apercevoir la fracture qui paraît ne donner lieu à aucun déplacement. Au contraire, si nous prenons le membre de face (n° 17), nous voyons un déplacement assez considérable, avec esquille intermédiaire. Nous appliquâmes chez ce malade un

appareil de Hennequin avec traction de 4 kilogrammes, portée ensuite à 6 kilogrammes, et au bout de quarante-huit jours la radiographie n° 18 montra que non seulement il n'y avait eu aucune réduction de la fracture, mais que le chevauchement avait plutôt augmenté ; il atteignait environ 2 centimètres, bien que la mensuration pratiquée sur le membre avec tout le soin possible n'indiquât aucun raccourcissement.

Sur un autre malade, les radiographies 12 et 13, prises de profil, montrent une singulière fracture dans laquelle il semble exister une large esquille détachée latéralement du fragment supérieur. Là encore l'appareil de Hennequin, appliqué dès le début avec une traction de 4 kilogrammes, bien qu'ayant eu, comme dans le cas précédent, un excellent résultat pratique, ne paraît avoir eu qu'une faible action sur la situation respective des fragments.

Je ne dirai pas la même chose de la troisième fracture de cuisse que je présente. Le n° 26 fut pris avant tout appareil, une heure après la production de la fracture. Le n° 27, pris un mois plus tard, après application du Hennequin avec traction de 4 kilogrammes puis de 5, montre une réduction excellente.

Nos fractures simples de l'humérus se sont bien trouvées de l'appareil plâtré de Hennequin. Je vous en présente un exemple extrêmement probant. Le n° 19 vous montre la fracture avant toute application d'appareil ; le fragment inférieur, constitué par l'extrémité humérale, se porte en avant. J'appliquai un appareil plâtré de Hennequin avec traction de 4 kilogrammes et trois jours après je radiographiai (n° 20) pour voir si la fracture était bien réduite. L'épreuve est un peu trouble à cause de l'appareil plâtré interposé, mais il est facile de voir que la réduction est excellente, ce que viendra confirmer la radiographie n° 21, prise trois semaines plus tard, quand, la consolidation étant complète, on retira l'appareil.

Enfin, je vous présente un très bel exemple de fracture de l'olécrane (n° 15) consolidée, que je n'ai pas soignée, mais qui m'a été adressée, une fois guérie, par un de nos confrères, M. Desprez (d'Epernon).

Les fractures compliquées sont également fort intéressantes à étudier avec les rayons X, en particulier les fractures du tiers inférieur de la jambe. Je traite généralement ces fractures par la suture métallique à l'aide d'une plaque d'acier fixée aux fragments par deux clous ou deux vis. Le n° 4 vous montre une de ces fractures traitée de cette manière et qui était consolidée au bout d'un mois.

J'ai un exemple plus intéressant à vous présenter, car il a pu

être radiographié avant et après l'intervention. Le n° 22 vous montre, en effet, la fracture telle qu'elle vient de se produire, avec issue de fragment supérieur au dehors. Le n° 23 vous montre la même fracture, une fois les esquilles enlevées et la suture métallique appliquée ; les fragments osseux enlevés sont placés à côté. Malgré cet excellent résultat immédiat, il faut bien reconnaître que la guérison définitive est loin d'être assurée par cette coaptation rigoureuse, et que souvent, surtout lorsqu'il y eu broiement considérable des parties molles, la plaque tombe avant que la consolidation ne soit complète, et il y a lieu de surveiller attentivement avec la radiographie le déplacement possible des fragments. C'est précisément ce que je suis encore en train de faire chez le malade dont je viens de vous parler.

J'ai pu également étudier une autre variété très fréquente de traumatisme de la jambe ; la luxation du pied en dehors avec issue de l'extrémité inférieure du tibia en dedans. Je résèque généralement cette extrémité inférieure avant de réduire. Le n° 14 a été radiographié une semaine après avoir été traité ainsi ; il n'y a pas encore reproduction suffisante de la mortaise tibiale pour permettre la marche. Le n° 28, pris chez un autre blessé, six mois après l'opération, montre que cette reproduction finit par se faire avec une grande solidité apparente. Ce dernier malade marche parfaitement et sans aucune fatigue. Je fais remarquer en passant que, toutes les fois que je le puis, je radiographie les fragments osseux enlevés, à côté du membre opéré.

J'ai eu à traiter plusieurs fractures compliquées du coude. Les nos 1 et 2 sont particulièrement intéressants, car ils ont été pris à un moment où j'installais mes appareils, et ils démontrent d'une manière péremptoire la grande utilité de la radiographie. L'enfant dont il s'agit s'était fait, en tombant, une fracture compliquée du coude, que j'avais cru réduire, mais trois semaines après, étant en possession de mes appareils, je pris la radiographie n° 1, qui me montra que le fragment inférieur était porté tout à fait en arrière et qu'une esquille intermédiaire empêchait la réduction. Je fis l'ablation de l'esquille, la résection de l'extrémité du fragment supérieur et je réduisis la fracture. Le n° 2, pris un mois après, montre que la réduction s'est bien maintenue ; on y aperçoit le tube à drainage. Malheureusement, le coude est resté complètement ankylosé.

Aujourd'hui, je n'agis plus de même, et en présence d'une fracture compliquée du coude, dont je ne puis empêcher l'infection, je me hâte d'enlever l'extrémité inférieure de l'humérus. C'est ce que j'ai fait récemment chez deux blessés et je vous montre les radiographies qui proviennent de l'un d'eux. Le n° 24 vous

montre l'écrasement du coude qui vient de se produire. Immédiatement, j'enlevai l'extrémité humérale brisée en deux fragments, et cinq semaines après, la plaie était à peu près cicatrisée et le malade possédait une articulation mobile que vous voyez au n° 25. Deux photographies (n° 34) prises trois semaines plus tard montrent que le membre placé dans l'extension peut parfaitement tenir un poids de 4 kilogrammes, et que la flexion peut être portée à l'aide de l'autre main à angle aigu. A angle droit, le malade peut, sans aucune aide, soutenir dans sa main un poids de 1 kilogramme. La force du membre va d'ailleurs en augmentant chaque jour.

Dans ces différentes épreuves, prises sur des fractures, on peut suivre assez bien la formation du cal qui paraît sous forme d'une tache légère, se fonçant de plus en plus à mesure que le tissu devient plus dense. Je n'ai pas vu cette formation se faire dans les lésions osseuses dans lesquelles il n'y avait pas solution complète de continuité. Par exemple, le n° 31 fait voir un cubitus entamé par une scie circulaire. Deux mois et demi après, la radiographie ne permet pas d'apercevoir la moindre production de tissu osseux au niveau de la lésion.

Je termine en vous parlant d'un fait, sinon plus intéressant, du moins que je crois moins connu. Dernièrement, j'eus la bonne fortune de pouvoir montrer ces radiographies à M. Chauvel, qui était en tournée d'inspection à Chartres, et qui me parla de radiographies prises en Allemagne, qui montraient des fractures de métatarsiens, là où on croyait jadis avoir affaire à une inflammation, assez mal déterminée d'ailleurs, due à la marche. Je ne fus pas longtemps sans pouvoir vérifier ce fait, car dès le lendemain de la visite de M. Chauvel, notre confrère M. Derouet, médecin-major au 102e de ligne, me montrait un jeune soldat qui, trois semaines auparavant, en courant au pas gymnastique pendant une marche militaire, avait ressenti une légère douleur dans le pied; il crut avoir marché sur un caillou, mais malgré cela il resta dans le rang et fit à pied une dizaine de kilomètres; les jours suivant, le pied ayant gonflé et restant douloureux, il alla voir le médecin qui conseilla le repos. Il y avait là tous les caractères de cette prétendue tarsalgie douloureuse due à la marche. La radiographie fut prise (n° 33) et elle nous montra une fracture du troisième métatarsien, à sa partie moyenne, avec léger déplacement, et en train de s'entourer d'un cal.

M. Quénu. — Je ferai remarquer à M. Maunoury que je n'ai pas bien compris ce qu'il nous a dit sur la difficulté de préciser par la radiographie le siège des corps étrangers.

Il suffit de faire des photographies sur plusieurs plans, se coupant perpendiculairement, et on arrive ainsi à trouver toujours le siège du corps étranger.

Je fais encore une remarque relativement à la façon dont vient le cal en radiographie. Il s'accuse évidemment en bien plus clair que le tissu osseux, et il est intéressant d'être renseigné là-dessus, car on pourrait dans certains cas s'imaginer à tort que le cal manque.

Présentation de pièces.

M. POUSSON (de Bordeaux) présente un volumineux calcul de la vésicule biliaire qu'il a enlevé chez une femme par la cholécystotomie. Outre le volume de cette concrétion, ce qu'il y a d'intéressant dans ce fait, c'est que le diagnostic n'avait pas été porté et alors que le chirurgien croyait avoir affaire à une tumeur rénale, il trouva, une fois la laparotomie faite, trois tumeurs dans l'hypochondre : l'une constituée par l'abaissement et l'inversion en arrière du foie, l'autre par la vésicule biliaire calculeuse, et enfin la troisième par le rein déplacé. La malade a guéri.

Epingle à cheveux, enlevée par la taille hypogastrique, par M. ROCHARD.

Cette observation est renvoyée à une commission : M. Picqué, rapporteur.

Volumineux calcul rénal. Ablation par néphrotomie lombaire.

M. P. REYNIER. — J'ai l'honneur de vous présenter un calcul rénal, que j'ai enlevé, il y a six jours, par néphrotomie simple.

Ce calcul rappelle assez la forme d'un galet; il pèse 650 grammes; il est composé de phosphate amoniaco-magnésien. M. Brun nous en a présenté toutefois un dernièrement qu'on lui avait envoyé de Montevideo, et qui peut-être était encore plus gros.

Cette observation est surtout curieuse à cause de la difficulté du diagnostic. Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans qui, depuis quinze ans, souffrait, nous a-t-il dit, de la région lombaire; il

avait, il y a dix ans, pissé, pendant quelques jours, du sang. Mais cette hématurie ne s'était pas reproduite, et, n'étaient les douleurs de la région lombaire, il ne se plaignait que d'avoir eu à une certaine époque des douleurs stomacales, qu'on avait mises sur le compte d'une gastrite.

Il y a un mois, il fut pris d'hématurie, qui persista pendant dix jours, puis qui se renouvela, pour disparaître et reparaître spontanément.

Il accusait un grand amaigrissement depuis quelques mois. A la palpation, nous sentions, dans la région rénale, une tumeur du volume d'une tête de fœtus et il était, grâce au ballottement, facile d'en faire une tumeur rénale.

Étant donné l'âge, les commémoratifs, nous pensions à un néoplasme.

Je proposai l'ablation du rein, — je fis l'incision de Czerny-Guyon, —la seule que j'emploie en pareil cas, l'incision le long de la masse sacro-lombaire que je recourbe à la partie inférieure, en la faisant passer à un centimètre au-dessus de l'épine iliaque.

Cette incision donne un jour énorme et permet d'enlever rapidement toute tumeur rénale même très volumineuse.

Lorsque j'arrivai sur le rein, j'éprouvai une grande difficulté à en faire le tour. Il existait de la périnéphrite, qui rendait la décortication très laborieuse. C'est en tentant cette manœuvre que, tout d'un coup, j'eus la sensation d'un corps dur; je fendis le tissu rénal, et j'arrivai sur cette énorme pierre. Mais alors il fut très difficile de la faire sortir. Agrandissant l'incision, avec la main j'en fis le tour, comme j'aurais fait le tour d'un placenta. Je parvins à la faire basculer et à la faire sortir par l'ouverture rénale, en la présentant par son plus petit diamètre.

Je terminai en drainant.

Le malade va très bien. J'espère que la fistule urinaire qui résulte de cette large ouverture va se rétrécir peu à peu, et que j'obtiendrai la guérison complète. Si je vois que cette fistule persiste, je me résoudrai à la néphrotomie ultérieure.

Présentation d'instrument.

Stérilisateur à eau,
de MM. A. Bardy et Dr H. Martin, pharmaciens.

M. Picqué. — Tous les stérilisateurs à eau peuvent se réduire à deux types : le stérilisateur continu, le stérilisatenr discontinu.

Le premier consiste en un récipient chauffé soit à feu nu, soit dans un sel fusible, soit par la vapeur, dans lequel passe continuellement l'eau qui se rend dans un réservoir. Si on ne sait pas très bien se servir de cet appareil, ou si on veut aller trop vite, l'eau qui peut atteindre une température de 100 degrés à 105 degrés n'arrive plus qu'à 80 degrés et même moins, selon la vitesse du courant.

Enfin, objection beaucoup plus grave, les réservoirs ne sont pas stérilisés.

Les appareils discontinus ne fonctionnent que par intermittence. L'eau est chauffée à l'autoclave à 134 degrés et est recueillie après refroidissement. Les réservoirs peuvent être stérilisés. Cependant, il y a deux défauts à signaler :

1° On n'obtient qu'une petite quantité d'eau;

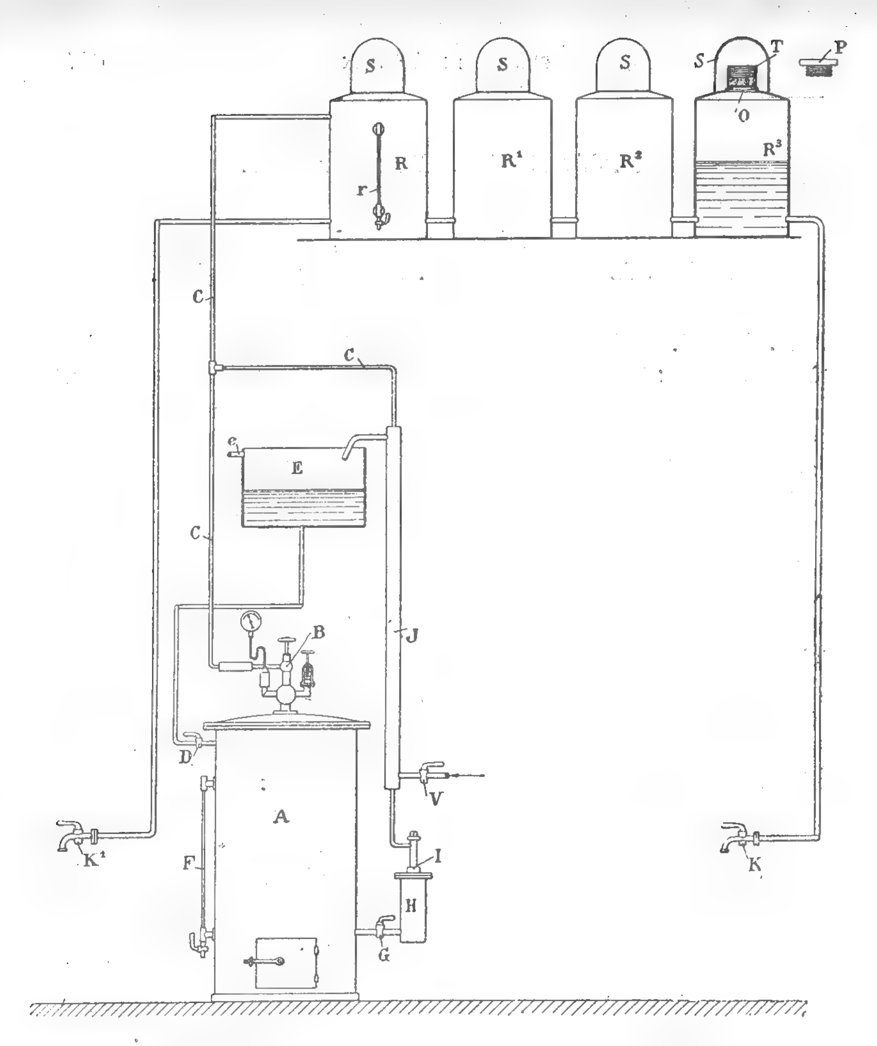
2° Le réservoir étant placé à la même hauteur ou même plus bas que l'autoclave, si on oublie de fermer le robinet de communication, l'eau introduite pour une deuxième opération se mêle à l'eau stérilisée, et tout est à recommencer.

D'après le conseil de M. le Dr Picqué dont j'ai suivi le service à l'hôpital, j'ai fait construire un appareil pratique donnant en abondance de l'eau stérilisée à un minimum de 125 degrés.

Description du stérilisateur à eau.

Cet appareil consiste en un autoclave A : à la partie supérieure, le tube B communique par le tube C avec les réservoirs R, R^1, R^2 contenant l'eau stérilisée. Le robinet D permet d'introduire dans l'autoclave l'eau de la cuve E dont la capacité est moindre que celle de l'autoclave.

Un niveau d'eau se trouve en F. A la partie inférieure, le robinet G laisse passer l'eau stérilisée sous pression, qui se rend dans le filtre H contenant de l'amiante. Ce filtre porte une soupape I ne s'ouvrant qu'à une pression d'une atmosphère. L'eau stérilisée passe ensuite dans le réfrigérant J, puis par le tube C dans les réservoirs R, R^1, R^2 et enfin aux robinets de sortie K K^1.



Stérilisateur à eau de A. Bardy *et* Dr H. Martin.

A. — Autoclave.
B. — Robinet de vapeur communiquant par le tube C aux réservoirs R R¹...
D. — Robinet d'introduction d'eau dans l'autoclave.
E. — Cuve à eau avec trop plein *e*.
F. — Niveau d'eau de l'autoclave.
G. — Robinet de sortie de l'eau stérilisée allant aux réservoirs.
H. — Filtre.
I. — Soupape ne s'ouvrant qu'à 125 degrés.
J. — Réfrigérant.
KK¹. — Robinets de prise de l'eau stérilisée.
V. — Robinet d'arrivée d'eau de la conduite de ville.
r. — Niveau d'eau des réservoirs d'eau stérilisée R, R¹.
O. — Ouverture de nettoyage des réservoirs.
T. — Tube à fond grillagé se vissant sur l'ouverture O et destiné à recevoir de l'ouate stérilisée.
P. — Bouchon de fermeture hermétique du tube T pendant la stérilisation des réservoirs.
S. — Capuchon préservant l'ouate des poussières de l'air.

Le réfrigérant J est alimenté par l'eau de la ville V qui arrive déjà chaude dans la cuve E.

Les réservoirs R, R^1, R^2, R^3 communiquent tous, le premier porte un niveau d'eau. Afin de pouvoir les nettoyer, on a ménagé à la partie supérieure une ouverture O sur laquelle est vissé un tube T, dont le fond est grillagé pour être rempli d'ouate stérilisée.

Pendant la stérilisation des réservoirs, ce tube est fermé hermétiquement par un bouchon P, qui ensuite est enlevé et remplacé par le capuchon S destiné à préserver l'ouate des poussières de l'air.

Manière de s'en servir.

1° *Stérilisation des réservoirs, de tous les tuyaux et des robinets de sortie.* — A l'aide du robinet D, on introduit dans l'autoclave l'eau de la cuve E. On chauffe à 144 degrés sous une pression de trois atmosphères.

Quand on a obtenu cette température, on ouvre le robinet B, la vapeur d'eau surchauffée se précipite dans les réservoirs et s'y condense tout d'abord. Mais bientôt les réservoirs s'échauffent et atteignent, à quelques degrés près, la température de l'autoclave. On ouvre alors les robinets K, K^1 par où la vapeur s'échappe après avoir chassé l'air et l'eau condensée. Une heure suffit pour assurer la stérilisation complète des réservoirs, des tuyaux et des robinets de sortie.

2° *Stérilisation de l'eau et réception dans les réservoirs.* — Les réservoirs, tuyaux et robinets étant stérilisés, on enlève les bouchons P, on place dans le tube T de l'ouate stérilisée et on recouvre du capuchon S. Les réservoirs sont ainsi transformés en vases communicants. L'eau de l'autoclave étant chauffée à une température de 134 degrés sous une pression de deux atmosphères, on ouvre le robinet G. Cette pression, comme on le sait, suffit pour faire monter l'eau à 20 mètres. L'eau passe dans le filtre H, soulève la soupape I, se refroidit en J et arrive dans les réservoirs R, R^1, R^2 qui sont à environ 3 mètres de hauteur, mais qui pourraient être beaucoup plus élevés. L'eau du réfrigérant J s'échauffe et va dans la cuve E.

Pour faire arriver l'eau de la cuve E dans l'autoclave A, on ramène le manomètre à O et on recommence une deuxième opération.

Avantages de ce stérilisateur à eau.

Avec cet appareil, on stérilise donc les réservoirs, tous les tuyaux et les robinets de sortie. L'eau est stérilisée à 125 degrés,

grâce à une soupape qui ne s'ouvre qu'à une pression d'une atmosphère.

L'eau de la ville n'alimente pas directement l'autoclave. Avec ce stérilisateur, la personne la plus négligente ou la moins expérimentée ne peut envoyer dans les réservoirs que de l'eau véritablement stérilisée.

Bien plus, comme ils sont à 3 mètres de hauteur, il est impossible, même en supprimant la soupape, d'y faire monter l'eau si la température est inférieure à 110 degrés.

La quantité d'eau stérilisée obtenue dépend de la grandeur de l'appareil; celui que j'ai fait construire en donne environ 300 litres par jour.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris — L Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.





SÉANCE DU 8 JUIN 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

ERRATUM. — *M. Bilhaut*, chirurgien militaire, lire : *Billot.*

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. VERCHÈRE, candidat à la place vacante de membre de la Société de Chirurgie;

3° Travail de M. JEANNEL (de Toulouse), sur *la Chirurgie de l'intestin*;

4° Ve et VIe volumes du *Traité de chirurgie*, au nom de MM. DUPLAY et RECLUS.

A propos du procès-verbal.

M. NIMIER. — Aux observations d'hématurie rénale rapportées dans la dernière séance, je puis ajouter l'histoire d'un malade qui, lorsque je l'ai vu, était atteint depuis cinq ans, d'une hématurie apparue après un traumatisme.

Voici cette observation :

Hématurie rénale chronique. — Néphrectomie gauche, cinq ans après le traumatisme invoqué comme cause de la lésion. Persistance de l'hématurie.

En mars 1893, étant âgé de dix-sept ans, D... fut renversé par l'effondrement d'un tas de fagots qui l'atteignirent surtout à la partie antérieure gauche de l'abdomen. Il perdit connaissance et dut garder le lit

deux mois durant, en raison d'une vive douleur au niveau de la région iliaque gauche qui, primitivement, avait été le siège d'une ecchymose.

Huit jours après l'accident, se montra une première hématurie ; les urines étaient uniformément rouges, du début à la fin de la miction, sans autres douleurs que celles provoquées, après arrêt brusque de l'urine, par l'expulsion d'un caillot. En plus de l'hématurie, le patient éprouvait de la pollakiurie surtout nocturne, sans polyurie. Le médecin appelé, pratiqua des cathétérismes explorateurs qui restèrent négatifs et prescrivit le régime lacté, de la tisane de bourgeons de sapin et de la térébenthine.

Au bout de quinze jours, les urines avaient presque repris leur coloration normale, conservant toutefois des reflets rougeâtres. Cette amélioration persista trois semaines; mais, le blessé ayant voulu se lever et travailler, le sang reparut dans l'urine. D... se remit au lit et, sous l'influence du repos, en une vingtaine de jours, les urines à nouveau redevinrent à peu près claires.

Depuis cette époque, jusqu'au mois de juin 1897, c'est-à-dire *pendant quatre ans*, l'hématurie a persisté avec des intervalles d'amélioration, toutefois sans retour complet à l'état normal et avec des paroxysmes sous l'influence du travail.

En juin 1897, l'hématurie devient persistante et reste telle depuis; il y a de la pollakiurie nocturne et de temps à autre des coliques vésicales quand un caillot obture l'urèthre.

Le 31 décembre 1897, D... entre dans mon service au Val-de-Grâce, il a vingt et un ans et est malade depuis près de cinq ans; il est pâle, un peu bouffi, se plaint de faiblesse. Il accuse de temps à autre quelques coliques le long de l'uretère gauche; la palpation réveille de la douleur à ce niveau, mais l'exploration de l'abdomen ne décèle rien.

Les urines sont d'un rouge noirâtre uniforme du début à la fin de la miction ; elles mesurent une moyenne de deux litres par jour. Au fond du vase, se forme un dépôt glaireux constitué par des globules rouges très nombreux et déformés, très peu de globules blancs, aucun microbe, aucun parasite. Le repos prolongé au lit reste sans effet sur les caractères de l'hématurie.

L'examen cystoscopique, pratiqué à plusieurs reprises, ne fournit aucune indication. J'eus le tort, je l'avoue, de ne pas m'appliquer à reconnaître si les deux uretères déversaient du sang dans la vessie ; mais l'histoire clinique du malade et les phénomènes douloureux relevés dans l'examen actuel ne paraissaient légitimer aucun doute sur le siège de la lésion dans le rein gauche; aussi deux mois après l'entrée à l'hôpital, l'état du malade restant stationnaire, je me décidai à intervenir.

Le 23 février 1898, conformément à l'avis de mon ami M. Tuffier qui voulut bien venir m'éclairer de ses conseils, je mis à nu le rein gauche par une incision lombaire. La palpation de l'organe décèle une induration de son pôle supérieur et, après l'incision classique le tissu rénal d'un gris jaunâtre saigne peu; l'induration semble bien nette au niveau d'une papille et en plusieurs points de la coupe qui au doigt donnent la

sensation de noyaux indurés. Admettant qu'il s'agit d'une dégénérescence néoplasique, je pratique la néphrectomie.

Rien à dire des suites opératoires qui furent très simples. Par contre l'état des urines mérite l'attention.

Vingt-quatre heures après l'opération, D... avait rendu un litre et demi d'une urine sanglante, un peu moins foncée que les jours précédents.

Le 25, après quarante-huit heures, deux litres d'urine plus claire. Dans la quinzaine qui suit, la décoloration s'accentue quelque peu, mais les urines, dont la quantité oscille entre un litre et demi et deux, restent rouges, manifestement sanglantes et fournissent encore quelques caillots au fond du vase. Sans que l'on puisse en reconnaître la cause, leur teinte subit des variations, sans toutefois redevenir noirâtre comme par le passé, sans aussi reprendre la coloration absolument normale. A la date du 7 avril, on note que leur densité est de 1011 et qu'elles contiennent 50 centigrammes d'albumine. Le 8 mai, elles renferment encore de nombreux globules rouges et quelques blancs.

Le 14 mai 1898, deux mois et demi après l'opération, D... est renvoyé dans ses foyers, son état général reste ce qu'il était à l'entrée.

Le rein enlevé a été examiné par mon collègue du Val-de-Grâce M. Lemoine, qui m'a remis la note suivante :

« Des coupes ont été pratiquées au niveau d'une papille indurée ; leur aspect est uniforme : on ne constate absolument qu'un peu de tissu de sclérose ; les tubes sont sains, leur épithélium est normal, leur lumière est libre.

« En un seul point, tout à fait au niveau de l'extrémité de la papille, on aperçoit une prolifération intense et diffuse de cellules embryonnaires, sans lacs sanguins.

« Il ne s'agit très certainement pas de sarcome, encore moins d'épithélioma.

« M. Gombault, qui a bien voulu examiner ces préparations, a confirmé cette manière de voir. Peut-être s'agirait-il d'après lui de phénomènes inflammatoires d'origine tuberculeuse. On rencontre en effet dans les organes tuberculeux, dans des points plus ou moins éloignés de la néoplasie tuberculeuse, des agglomérations de cellules embryonnaires diffuses, semblables à celles observées sur ces coupes.

« Des préparations faites dans le but de déceler la présence des bacilles de Koch, n'ont donné que des résultats négatifs. »

Tel est le fait qu'il m'a été donné d'observer. Il me paraît difficile d'expliquer d'une manière satisfaisante la genèse et la physiologie pathologique de cette hématurie qui, apparue après un traumatisme, persiste pendant cinq années et dont, pièces en main, les histologistes ne peuvent préciser la lésion causale.

D'accord avec mes collègues, je crois que l'on doit se montrer réservé dans le traitement par la néphrectomie des hémorrhagies rénales sans lésion anatomique précise, et de mon fait en particulier, il convient de retenir l'importance, avant toute intervention chirurgicale, du cathétérisme des deux uretères. Au point de vue du diagnostic de la bilatéralité des lésions, le simple examen cystoscopique des méats urétéraux peut induire en erreur, s'il reste négatif.

M. Routier. — J'ai présenté autrefois une malade à laquelle j'avais pratiqué la néphrectomie pour remédier à des hématuries qui menaçaient ses jours.

La palpation, la cystoscopie me permirent de diagnostiquer le côté lésé : c'était le côté droit.

Je mis le rein à nu, il me parut présenter un point dur : je l'enlevai.

Le rein enlevé et coupé, je ne trouvai plus la lésion, mais M. Pilliet, qui a examiné la pièce, a vu que le sommet d'une papille présentait une lésion tuberculeuse microscopique avec une artériole ouverte. C'était à coup sûr un cas qui, sans un examen très méticuleux, aurait été classé parmi les hématuries *sine materia.*

La malade, revue ces jours-ci, va très bien.

M. Potherat. — Comme suite à l'intéressante communication de M. Pousson sur l'*hémorrhagie rénale*, dite *essentielle*, je vous demande la permission de vous rapporter succinctement deux faits personnels.

Il y a deux ans, je fus appelé à donner mes soins à une dame de cinquante-deux ans qui, depuis dix-huit mois, perdait d'une manière continue et en abondance, du sang par les urines. Ces pertes de sang, avaient amené un état d'anémie telle que la malade ne pouvait plus guère quitter le lit. L'exploration lombaire ne me permit pas de sentir le rein *gauche*, mais le rein *droit* était très facilement appréciable, il était très gros, abaissé, légèrement mamelonné. Rien ne m'autorisant à admettre qu'il pût s'agir de lithiase ou de tuberculose, je pensai que nous nous trouvions en présence d'un néoplasme du rein droit. Ce fut aussi l'opinion de M. Duguet, appelé en consultation auprès de cette malade. Cette manière de voir nous conduisit à proposer une néphrectomie qui fut acceptée. Je note de suite qu'il existait dans les urines une certaine quantité d'albumine, pas très abondante, mais appréciable.

Arrivés sur le rein, nous vîmes un organe rouge foncé, mamelonné, représentant plus de trois fois le volume d'un rein normal ;

notre diagnostic paraissait nettement justifié ; je fis la néphrectomie. Or, le rein enlevé ne présentait pas de néoplasme ; les canalicules et le bassinet contenaient du sang et des caillots fibrineux ; la substance corticale était très hypertrophiée et très congestionnée, la substance médullaire présentait des espaces interpyramidaux, blanc mat, très développés, au milieu desquels les pyramides tranchaient d'une manière exceptionnellement nette. Cet aspect macroscopique du rein, tout en indiquant un développement anormal de tissu conjonctif, attestait aussi une hypertrophie probablement par fonctionnement exagéré et ne laissait pas que de nous préoccuper sur l'état de l'autre rein, que nous n'avions pu sentir, et sur les suites ultérieures.

Pendant quatre jours, nous eûmes une anurie presque complète ; le cinquième jour, je prescrivis 3 grammes de théobromine et j'eus la satisfaction de voir la malade rendre 400, 500, 800, et jusqu'à 1,200 grammes d'urine par vingt-quatre heures ; mais ce résultat ne se maintint pas, et alors que la guérison opératoire était complète, la malade urina de moins en moins et finit par succomber avec des symptômes urémiques.

Il n'est pas douteux, ce me semble, que nous ne nous trouvions ici en présence d'une néphrite interstitielle, plus marquée à gauche, masquée à droite par une hypertrophie compensatrice avec hématurie par congestion, bien faite par conséquent, pour en imposer en faveur d'un néoplasme malin. Ainsi se trouvaient, et du même coup, expliqués des troubles dyspnéiques et gastro-intestinaux observés antérieurement par M. le Dr Duguet, que rien ne semblait justifier et qui s'étaient toujours trouvés très heureusement influencés par le régime lacté.

Le second cas que je désire vous rapporter, s'est présenté tout récemment à mon observation. C'est celui d'une jeune femme de trente-trois ans, venue du Berry avec une hématurie existant presque sans interruption depuis près de quatre ans. Cette hématurie est très intense, car les urines sont noirâtres ; elle a déterminé une anémie très prononcée. Tous les traitements employés antérieurement ont été sans effet ; le repos au lit lui-même est sans influence sur la persistance de l'hématurie qui se fait le jour et la nuit, avec les mêmes caractères et la même abondance.

A l'examen, les reins ne sont pas augmentés de volume ; ils paraissent même plus petits qu'à l'état normal ; leur exploration est assez facile, le ventre ayant été relaché par trois grossesses antérieures. Il n'y a pas de douleurs spontanées ; l'exploration directe éveille un peu de douleur à l'angle costo-vertébral droit. Je pensai donc que c'était le rein droit qui saignait. Pour m'en assurer, je conduisis ma malade dans le service de mon maître

M. le professeur Guyon, où mon collègue et ami Albarran, par la cystoscopie d'abord, par le catéthérisme de l'uretère ensuite, démontra péremptoirement que l'hémorrhagie venait du rein droit. Les urines, examinées avec toutes les précautions nécessaires, contenaient de l'albumine en notable proportion; toutefois, je ne pus recueillir de signes bien nets de mal de Bright. Tous les viscères étaient sains.

Instruit par le fait que je viens de vous rappeler, je rejetai d'emblée la néphrectomie. Pourtant, comme l'hémorrhagie persistante aggravait chaque jour la situation et menaçait sérieusement, et dans un court délai, l'existence, je me proposai de faire au moins une incision exploratrice pour le cas où l'hématurie eût été liée à une cause susceptible d'être annihilée. Mais auparavant, je voulus, par le catéthérisme de l'uretère, savoir la valeur de chaque rein au point de vue de la sécrétion urinaire. Or, malgré plusieurs tentatives, ce catéthérisme, facilement effectué une première fois, ne put, cette fois, être mené à bien. Il devait être essayé de nouveau, quand l'hématurie cessa spontanément et tout à coup. Je gardai la malade, pendant six semaines, en observation; je la vis se relever rapidement; la perte de sang ne se reproduisit pas; je consentis au départ de la malade dont l'état satisfaisant n'a fait, jusqu'ici, que s'affirmer de plus en plus.

Ces deux faits viennent à l'appui de ceux de MM. Pousson et Poirier; ils tendent à prouver que l'hématurie rénale essentielle pourrait bien être liée à la néphrite interstitielle; que, par suite, il faut, en pareil cas, être extrêmement réservé dans l'intervention chirurgicale. Pour ma part, en présence d'une hématurie rénale *sine materia*, je rechercherai avec le plus grand soin les signes de brightisme; j'irai bien jusqu'à m'assurer, par une incision lombaire, qu'il s'agit bien d'une hémorrhagie *sine materia*, mais je n'irai pas plus loin, rejetant la néphrectomie qui ne laisse qu'un rein plus ou moins malade et qui expose le patient à des accidents proches ou éloignés, mais sur la gravité desquels il serait superflu d'insister.

M. Gérard-Marchant. — Je me suis trouvé, comme M. Potherat, en présence de malades, chez lesquels, je soupçonnais une lésion rénale. Il y avait, en effet, un gros rein douloureux, des hématuries. J'ai toujours, dans ces cas, fait la taille rénale; il m'a été facile de constater que j'étais en présence de néphrite chronique. Je bornais là mon intervention et je refermais la plaie du rein. Sous l'influence de la néphrotomie, j'ai vu, en particulier chez un malade dont le rein était atteint de tuberculose, les hémorrhagies cesser, ainsi que les douleurs. Aussi ne suis-je pas partisan de la néphrectomie.

M. Reynier. — Je ne veux dire que quelques mots sur cette question. Il m'a été donné de voir trois cas de ces hématuries rénales chez des gens encore jeunes, où la cause des hématuries était difficile à trouver. Or, intervenant dans ces trois cas, j'ai toujours trouvé des lésions tuberculeuses. Chez mon premier malade, il s'agissait d'une hémorrhagie consécutive à un traumatisme de la région rénale gauche, datant de plusieurs mois. Le rein était douloureux. J'intervins, et fis une néphrotomie qui me fit croire à de simples lésions de néphrite; les douleurs et l'hémorrhagie disparurent, il est vrai; mais peu de temps après, je voyais des accidents de tuberculose apparaître sur le poignet, sur l'épaule, et enfin dans les poumons. La tuberculose rénale, de son côté, a évolué. J'ai donc regretté, au début, de n'avoir pas poussé plus loin mon intervention et enlevé un foyer tuberculeux, qui a, depuis, infecté mon malade très probablement.

Dans le second cas, il s'agissait encore d'hématurie avec des urines claires, dans lesquelles les examens microscopiques et chimiques ne révélaient rien de suspect. Le rein était douloureux. J'incisai et arrivai sur lui. Au premier abord, il paraissait normal. Mais une fois qu'il fut amené dans la plaie, je vis qu'il renfermait une caverne tuberculeuse, qui, cachée sous les côtes, était auparavant peu visible; elle ne communiquait pas avec le bassinet et était entourée d'une zone rénale très congestionnée qui donnait l'hémorrhagie. Je pratiquai la néphrectomie et le malade guérit.

Le troisième malade a beaucoup d'analogie avec le premier. Je lui fis la néphrotomie : il est aujourd'hui en pleine évolution bacillaire. Si, en effet, après avoir incisé le rein et l'avoir refermé, les hémorrhagies se sont arrêtées, l'évolution de la maladie génén'en a pas moins continué.

M. G. Marchant et M. Routier viennent de nous parler de malades dans les mêmes conditions, aussi j'insiste sur ce fait que, chez les jeunes gens, lorsqu'on a éliminé la lithiase, il faut, dans ces hématuries insidieuses, se méfier des lésions tuberculeuses, très minimes au début, que la néphrotomie ne permet pas toujours de reconnaître.

Il s'agit, dans ces cas, de congestion péribacillaire, et les hématuries qui se produisent sont comparables à ces hémoptysies congestives de la tuberculose pulmonaire au début.

On peut donc se demander si la néphrectomie, qui permet d'enlever la lésion débutante, ne serait pas, dans ces cas, une opération plus rationnelle que la néphrotomie.

Communication.

De la cholédocotomie sans sutures,

par M. QUÉNU,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

J'apporte deux nouveaux faits à l'appui de la thèse que j'ai soutenue devant la Société de Chirurgie (1) à la fin de l'année dernière, à savoir que dans la plupart des cas de rétention biliaire, il y a tout intérêt à ne pas chercher la réunion primitive de la plaie faite au cholédoque, mais à laisser au contraire cette plaie ouverte à l'état de fistule temporaire.

Depuis le 1er décembre, date de notre communication, j'ai eu l'occasion de pratiquer trois cholédocotomies pour lithiase.

Chez le dernier malade opéré, et qui m'avait été confié par M. Sébileau, je trouvai un calcul peu volumineux : l'extraction fut facile, l'accès du cholédoque était aisé, je me laissai aller à suturer presque complètement mon incision du canal commun. L'hémostase fut soigneusement faite, malgré cela il se produisit quelques heures après l'opération, chez cet homme très affaibli, une de ces hémorrhagies qu'on rencontre chez certains hépatiques hémophiles, et le malade succomba le surlendemain dans l'hypothermie. Cet insuccès ne peut réellement être mis au passif de la méthode, puisque la cause de la mort a été indépendante du mode de traitement de la plaie faite au cholédoque, et que d'ailleurs, la suture fut dans ce cas pratiquée.

Dans les deux cas, qui font seuls l'objet de ma communication, il s'agit d'obstructions calculeuses du cholédoque, remontant à une date éloignée et ayant entraîné du côté de l'état général une altération profonde, du côté de l'état local hépatique des lésions considérables; malgré ces conditions mauvaises, la guérison a été obtenue.

Obs. I. — A... W..., âgée de cinquante ans, entre au Pavillon Pasteur, le 20 novembre 1898, pour un ictère chronique dont le début remonte à trente-deux mois. Antérieurement, elle avait été sujette à des crises de coliques hépatiques; l'une d'elles il y a deux ans, avait été suivie d'ictère persistant et de décoloration des matières fécales. Sept ou huit mois après, la jaunisse reparut pour ne jamais cesser depuis. En même temps, s'est développé tout le syndrome de la rétention biliaire

(1) 1er décembre 1897, Quénu et Claisse.

chronique : décoloration des matières fécales, coloration ictérique des urines, augmentation de volume du foie, troubles digestifs et enfin l'amaigrissement. État au moment de l'entrée à l'hôpital : teinte ictérique foncée tirant sur le vert, urine acajou, selles grises, blanchâtres. Ni sucre, ni albumine.

Le foie est très augmenté de volume : au niveau de la ligne mamelonnaire, il déborde le rebord costal de 10 centimètres ; sur la ligne médiane, il descend à 8 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde. La palpation est douloureuse, il existe un certain degré d'ascite, souffle systolique à la pointe. Quelques jours après l'entrée à l'hôpital il survient des crises douloureuses, suivies d'une exagération de la jaunisse, de vomissements et d'agitation nocturne.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire nous montre une insuffisance du fonctionnement de la cellule hépatique. La malade ayant pris 250 grammes de sirop de sucre à 10 heures du soir, on retrouve du sucre dans les urines recueillies à minuit et demi et à 2 heures. Sauf de temps en temps quelques petites montées du thermomètre à 37,8, le soir (T. A.), l'état est apyrétique. Poids de la malade, 67 kil. 150 grammes.

Opération le 9 décembre 1897. — Incision verticale latérale sur le bord externe du droit, descendant à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, débridement transversal. Le foie est énormément hypertrophié et gênant, sa surface est de couleur brune, hérissée de tubérosités de différentes grosseurs, dures, attestant une dégénérescence cirrhotique avancée.

La vésicule biliaire est introuvable. L'exploration de l'hiatus de Winslow nous révèle l'existence d'un calcul volumineux occupant la portion sus-duodénale du cholédoque.

La mise à nu du calcul est pénible en raison de la circonstance suivante, nettement constatée déjà par moi au cours de diverses opérations similaires : Autour de la lithiase cholédoquienne, comme autour de la lithiase vésiculaire, il se développe des lésions de péritonite chronique qui, dans l'espèce, portent sur l'épiploon gastro-hépatique. Cette péritonite chronique et rétractile amène en fin de compte l'ascension de la petite courbure de l'estomac et de la première portion du duodénum vers le sillon transverse du foie, le cholédoque se trouve du même coup remonté, pendant que la portion de la face antérieure du hile s'abaisse et déborde les fausses côtes.

Pour pouvoir inciser le cholédoque, il nous fallut après avoir fait écarter en bas le côlon transverse, faire basculer le foie vers le haut et en arrière vers la colonne vertébrale, de manière à découvrir sa face inférieure pendant qu'un aide tenait en bas l'estomac et le duodénum. De cette façon nous pûmes atteindre l'épiploon gastro-hépatique et l'aborder opératoirement sur une étendue grande comme une pièce de 2 francs ; à bout de doigt, nous déchirons avec une sonde cannelée le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique, nous pinçons et lions quelques veinules duodénales qui passent en avant du cholédoque ; replaçant alors l'index gauche dans l'hiatus nous incisons le

cholédoque sur le calcul bien fixé. Des pinces de Kocher saisissent les lèvres de l'incision. Une bile noire, épaisse et boueuse, s'écoule immédiatement; le calcul est extrait par un mouvement de bascule opéré avec la sonde cannelée. Nous plaçons un drain dans le cholédoque très dilaté, et à l'aide de sutures portant sur le péritoine, sur les organes voisins et sur des débris d'adhérences, nous constituons un entonnoir dont le sommet répond à la plaie du canal biliaire et dont la base est tournée vers la peau. Il eût été extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de placer des sutures sur l'incision du cholédoque. Gaze iodoformée autour du drain; la plaie abdominale est partiellement suturée.

Dimensions du calcul : 27 millimètres sur 22; poids, 6 grammes.

La bile est très septique et donne des cultures de bactérium coli.

9 décembre soir. Abondant écoulement de bile.

11 décembre. Bon état général, émission de gaz.

Le 14, on enlève un des 2 drains; abondant écoulement de bile.

Le 16, on enlève la gaze iodoformée.

Dans la plaie on trouve de la boue biliaire noire.

Malgré l'abondant écoulement de bile, dont la quantité a atteint jusqu'à 1,000 grammes par jour, le teint ne se décolore pas, et les urines restent toujours ictériques, ce n'est qu'à partir du 20 que le teint s'éclaircit.

Le 24, on supprime le drain et on tamponne l'orifice avec un peu d'ouate sèche, ce qui n'empêche pas la bile de s'écouler. On essaie de faire le cathétérisme du cholédoque avec un stylet recourbé : on n'aboutit qu'à déterminer un saignement très abondant. Ayant essayé de rétrécir la plaie avec un point de suture et un fil d'argent, la piqûre de l'aiguille amena une véritable hémorrhagie. La malade a maigri depuis son opération, et son poids est descendu à 52 kilogrammes.

Cependant peu à peu l'orifice cutané se rétrécit et le 10 février, soit 2 mois après l'opération, la fistule est complètement close.

Le 12, les selles sont colorées, il n'existe plus du tout d'ictère, les urines ne renferment plus de pigment biliaire.

Le 16, œdème des jambes, augmentation de l'ascite, météorisme.

A la fin du mois, ces symptômes d'anasarque s'amendent, puis disparaissent. La malade se lève depuis longtemps et demande son exeat. Guérie de sa rétention biliaire, non guérie malheureusement de la cirrhose qu'à engendrée la lithiase.

Obs. II. — Sœur M..., âgée de 48 ans, a été soignée il y a déjà sept ou huit ans pour des crises hépatiques; elles duraient deux ou trois heures, s'accompagnaient de douleurs dans le dos et dans les aines; à leur suite les urines étaient toujours teintées, les crises se reproduisaient assez fréquemment sans laisser derrière elles aucune teinte ictérique des téguments.

Il y a un peu plus de trois ans une crise fut suivie d'un ictère marqué étendu à tous les téguments et aux conjonctives, les douleurs au lieu de s'amender comme antérieurement, persistèrent à l'état de douleurs fixes, siégeant au niveau de la vésicule biliaire. Après quelques mois de cet

état, qui avait amené une anorexie complète et de l'amaigrissement, un beau jour l'ictère se dissipa, l'appétit revint et son médecin lui conseilla d'aller faire une saison à Vichy; mais à peine arrivée à Vichy les accidents douloureux et ictériques reparurent, et l'ictère ne s'est jamais dissipé depuis. En avril 1896, aggravation des symptômes, diarrhée à forme cholérique, selles blanches infectes, tellement copieuses, nous a dit son médecin de Senlis, M. Dureau, à qui nous devons tous ces détails, qu'on pouvait craindre une issue fatale tant était grande la prostration des forces.

La malade cependant se remit peu à peu de cette alerte et put faire quelques heures de classe, mais son caractère s'était modifié, elle était devenue triste, sombre et irritable, gardant toujours son teint d'un jaune verdâtre; de temps en temps apparurent quelques accès de fièvre. Une seconde saison à Vichy, l'huile d'olive à l'intérieur à la dose de 150 grammes, tout cela n'amena aucun résultat. En janvier 1898 il se produisit de nouveaux accès de fièvre, et une aggravation de l'état général rappelant celle de 1896; la constipation devint opiniâtre et il survint un météorisme nettement limité à la fosse iliaque droite. J'examinai la malade une première fois au dispensaire Péreire, je trouvai que le foie débordait le rebord costal de deux travers de doigt, la vésicule n'était sentie nulle part, je ne mis pas en doute l'existence d'une obstruction du cholédoque, et mon opinion fut partagée par M. Chauffard que je priai d'examiner la malade.

Opération le 22 mars, sous le chloroforme.

Incision le long du bord externe du muscle droit.

Une première difficulté dans l'orientation, résulte de la fusion du péritoine pariétal avec le grand épiploon et le côlon transverse. Ces adhérences détachées, nous observons une fusion du côlon transverse avec le duodénum, et avec le bord antérieur du foie; nous sommes obligé de pratiquer un décollement de la face inférieure du foie, d'avec la première portion de l'intestin : nulle trace de vésicule biliaire; il est impossible de se guider sur un rapport quelconque, tous les organes étant adhérents les uns avec les autres, mais en suivant la face inférieure du foie qui est relativement peu hypertrophié, et d'une teinte foncée, sans tubérosités cirrhotiques, j'arrive à sentir une masse dure dans la profondeur. Deux valves étant appliquées l'une pour relever le foie, l'autre pour abaisser le côlon et le duodénum, j'incise prudemment sur la masse dure et je découvre un calcul énorme, pyriforme, à grosse extrémité dirigée dans la profondeur. Le calcul mis à nu, nous avons un instant d'hésitation, nous demandant, en raison de la forme, si nous n'avons pas affaire à un calcul de la vésicule biliaire : mais dans ce cas la grosse extrémité serait plus superficielle que la petite : quoi qu'il en soit, à l'aide d'une sonde cannelée introduite au-dessus du calcul, nous faisons basculer ce dernier au prix d'une fragmentation de sa grosse extrémité; nous constatons que la petite extrémité se prolonge dans le canal, comme le fourneau d'une pipe se continue avec son tuyau. Deux pinces ayant été placées sur les lèvres de l'incision, nous pratiquons le cathétérisme du canal biliaire; s'il s'agit d'une vésicule nous

ne trouverons de prolongement canaliculé qu'en bas : or, la sonde pénètre librement à chaque extrémité de la poche, celle-ci n'est donc pas un cul-de-sac, mais une dilatation située sur le trajet d'un canal. Un drain est placé dans cette poche sur laquelle il n'est pratiqué aucune suture. Isolement de la cavité comme dans l'observation précédente. Durée de l'opération, une heure et quart. La bile ensemencée, cultive (Bactérium coli).

Suites simples. De la bile coule en grande quantité les jours qui suivent l'opération, l'ictère diminue rapidement et au bout d'une douzaine de jours ne persiste plus que sur les conjonctives; les selles restent, bien entendu, décolorées, et point fort intéressant, plus de quinze jours après l'opération, malgré le libre écoulement de la bile au dehors, on retrouve de grandes quantités de pigment biliaire dans les urines, ce qui indique bien qu'un large drainage est insuffisant à désoblitérer d'un seul coup les voies intra-hépatiques. Le drain est enlevé le 7 avril; le poids qui était de 52 kil. 250 au moment de l'opération est trois semaines après de 51 kil. 650, soit une diminution d'une livre. Trois semaines après, aucune trace de bile dans le pansement, vingt-cinq jours après, exeat. La malade est revue au commencement de juin dans un état de santé florissante, son teint est rouge, elle a engraissé et déclare avoir retrouvé l'appétit qu'elle avait perdu depuis quatre années.

Je présenterai le calcul dans la prochaine séance. Ces deux faits viennent à l'appui de la conduite opératoire que nous avons préconisée au mois de décembre dernier. Nous avons en effet, obtenu la guérison chez deux malades dont les conditions étaient très mauvaises.

Chez les deux opérées, l'urine continua à renfermer du pigment biliaire douze et quinze jours après l'opération. Voici comme j'explique cette particularité, c'est que l'obstruction calculeuse n'est pas la seule qui existe : au-dessus du calcul il existe ce que j'appellerai des obstructions départementales, partielles, si l'on veut, occasionnées par l'inflammation des voies biliaires, la présence d'un mucus épais, et aussi l'existence d'une boue biliaire dont on trouve parfois des traces quelques jours après l'opération; or, il est certain que le meilleur et je dirai le seul moyen thérapeutique, que nous possédions contre les obstructions et l'infection biliaires, c'est un large drainage. La perméabilité, rendue par l'enlèvement des calculs est dans certains cas insuffisante; on place ses malades dans de meilleures conditions en assurant à la bile un large écoulement par une fistule qui, dans tous les cas, est temporaire.

M. Routier. — J'étais inscrit pour une communication ayant trait

aussi à des calculs du cholédoque : mais c'était à un tout autre point de vue que M. Quénu.

Comme lui et depuis au moins le même temps, je ne suture jamais le cholédoque, j'ai eu occasion de le dire ici, soit dans une communication antérieure, soit dans le travail que j'ai présenté sur la rupture traumatique des voies biliaires.

Je relève dans la communication de M. Quénu les faits de péritonite sous-hépatique, d'atrophie de la vésicule : c'est sur ce point particulier que je voulais attirer l'attention de la Société dans ma communication. La voici :

Deux cas de lithiase biliaire, qu'on aurait pu croire identiques, et pour lesquels j'ai dû intervenir, viennent de me passer sous les yeux presque coup sur coup ; ils ont présenté des différences telles qu'il m'a paru intéressant de vous les soumettre.

Dans ces deux cas, il s'agissait de deux hommes, âgés l'un de cinquante et un ans, et l'autre de soixante.

Le premier avait eu sa première crise de colique hépatique en 1886, il eut trois ou quatre crises dans le courant de l'année, ce qui motiva une saison à Vichy.

Ce traitement modifia la maladie, les crises furent et plus rares et plus légères ; il faut arriver en janvier 1893 pour retrouver dans son histoire pathologique une crise qui, cette fois par exemple, est plus violente et plus longue, car elle dure jusqu'au mois d'août, avec gonflement du foie.

Ces crises disparaissent de nouveau pendant quatre ans ; en septembre 1897, crise très forte, suivie alors de crises plus faibles mais répétées, subintrantes.

A chaque crise correspondait une modification dans la couleur des selles et des urines ; celles-ci devenaient acajou, celles-là blanches.

De cette époque jusqu'en avril 1898, malgré tous les traitements employés, l'état va empirant, si bien que ses médecins MM. Tisné et Chauffard, me font appeler pour me le confier.

Le malade est maigre, il a perdu quinze livres depuis trois mois, l'ictère est verdâtre, les démangeaisons insupportables.

Localement, le foie n'est pas gros, et on ne sent absolument pas la vésicule, tandis que la palpation de la région est très sensible.

Il nous parut qu'il s'agissait là d'accidents lithiasiques, et que la chirurgie seule pouvait apporter une amélioration dans cet état que les moyens médicaux usités n'avaient pu modifier.

Le second malade, plus âgé (il avait soixante ans), était un homme grand, robuste, qui en 1893 avait été déjà soigné à Necker par M. le professeur Dieulafoy pour des troubles digestifs et de l'ictère.

En novembre 1897, il revint à Necker dans le service de mon collègue et ami M. le Dr Barth, encore pour de l'embarras gastrique et de l'ictère.

Depuis cette époque, il a fait trois séjours dans le service, refusant chaque fois l'intervention chirurgicale qui lui était proposée.

Quand enfin ce malade a consenti à subir une opération, en mai 1898, son ictère était vert foncé, ses matières complètement décolorées, ses urines noires.

Il éprouvait de violentes démangeaisons.

Le foie n'était pas gros, mais sensible, douloureux à la palpation ; de même pour la région de la vésicule qui ne faisait ni saillie ni tumeur.

Le diagnostic de mon ami Barth était très ferme; il me présentait ce malade comme un calculeux, et je ne pouvais, étant donné ces signes, qu'accepter pleinement son diagnostic.

Or, voici le détail de mes deux interventions. Chez mon premier malade, j'ai trouvé une vésicule très petite, très adhérente au foie, j'ai dû l'en détacher à coups de ciseaux et très difficilement.

Cette vésicule ne contenait pour ainsi dire pas de liquide, elle était rétractée sur quatre ou cinq calculs gros comme de petites noisettes et sur un plus grand nombre de petits de la grosseur d'un grain de plomb.

Une fois ouverte, vidée, lavée, il me sembla que son col était très rétréci, mais qu'elle se poursuivait par deux canaux très dilatés allant l'un vers le foie, l'autre vers l'intestin ; celui-ci, paraissant être le cholédoque, je l'explorai avec soin, et il me sembla que vers son extrémité, je faisais mouvoir un gros noyau, sans doute un calcul.

Usant de cette manœuvre qui m'a déjà réussi dans certains cas, j'enfonçai mes deux index dans la direction du canal et, prenant le gros noyau senti entre les deux pulpes digitales, je le chassai vers moi, vers l'extérieur.

Cette manœuvre assez difficile à exécuter dans le cas particulier, me conduit cependant au but cherché, j'amenai le calcul au point où s'implantait le col de la vésicule; pour le faire sortir (il était du volume d'une grosse noix), je réséquai la vésicule et son point d'implantation.

Le calcul une fois enlevé, je pus avec facilité enfoncer mon index tout entier soit vers le foie, dans le canal hépatique par conséquent, soit vers l'intestin, dans le canal cholédoque; nulle part je ne sentis rien d'anormal.

Pour refermer la grosse plaie faite au cholédoque, il eût fallu pas mal de sutures, je préférai laisser, au moins au début, un libre

écoulement à la bile, d'autant que je redoutais l'existence de calculs dans ces canaux si dilatés qui venaient du foie.

Le péritoine fut seul suturé au pourtour de la plaie du cholédoque, avec les crins de Florence que je laissai très longs.

Un drain fut placé dans le cholédoque, de façon à sortir au-dessus d'un point de suture de la paroi, tandis qu'un autre drain et une mèche passaient au-dessous des voies biliaires et sortaient en dessous de ce point de suture.

Le reste de la plaie fut fermé.

Les suites furent des plus simples; deux jours après, j'enlevais le drain des voies biliaires, le lendemain j'enlevais le drain et la mèche péritonéales.

Six jours plus tard, j'enlevais les crins qui suturaient le péritoine aux parois du cholédoque. Quinze jours après mon intervention, la bile ne coulait plus à l'extérieur, le malade était guéri et rentrait chez lui quelques jours après.

Chez mon second malade, je fus mal impressionné dès qu'il fut endormi et avant d'ouvrir le ventre; c'est qu'en effet, chez lui, je sentis la tumeur de la vésicule et je dis à Barth : « La vésicule est grosse, nous allons trouver un cancer. »

Le ventre ouvert, la vésicule était cachée tout d'abord par de nombreuses adhérences, mais celles-ci détruites, je mis à nu une vésicule grosse comme le poing, fluctuante, qui nous donna à la ponction 300 grammes de liquide vert bouteille filant.

J'ouvris cette vésicule, dont les parois très friables se déchiraient sous la traction des pinces : il y avait un peu de boue biliaire que je nettoyai.

L'orifice du col de la vésicule me parut oblitéré ou tout au moins très rétréci; l'exploration du cholédoque, rendue fort difficile par les fausses membranes qui fusionnaient tous les organes de la région, me permit cependant de sentir un noyau dur que je localisai dans la tête du pancréas.

Explorant ensuite la face inférieure du foie, je sentis un autre noyau dur, immobile; j'en conclus de suite à l'existence de noyaux cancéreux secondaires.

Je suturai la vésicule ouverte, je drainai au-dessous d'elle avec un tube de caoutchouc et une mèche, et ne fus nullement surpris de voir dès le lendemain mon malade affaibli, baisser sensiblement et mourir quarante-huit heures après cette intervention.

Nous sommes tellement convaincus, depuis surtout les travaux de Courvoisier, dont j'ai eu à maintes reprises l'occasion de constater l'exactitude, que la dilatation de la vésicule correspond à un cancer, tandis que son atrophie, sa rétraction, correspondent

à des calculs, que je considérais mon opéré comme un cancéreux.

Or, l'autopsie faite en présence de M. Barth nous a montré qu'il n'en était rien, et qu'il s'agissait de calculs.

Ici, comme dans le cas où j'ai obtenu une si prompte guérison, c'était bien de calculs qu'il s'agissait, et, comme dans ce cas, de gros calculs situés dans l'extrémité terminale du canal cholédoque très dilaté, d'une part, calculs que j'avais pris pour un noyau cancéreux de la tête du pancréas ; et aussi d'un calcul situé au point d'émergence du canal hépatique et que j'avais pris pour un cancer du foie.

Dans ces deux cas, il n'y avait donc de différence que dans l'état de la vésicule biliaire, rétractée sur des calculs, dans le premier cas, presque sèche et atrophiée; dilatée et kystique dans le second c'est ce qui a causé mon erreur.

Il est certain que si au lieu d'une vésicule dilatée et kystique j'avais trouvé une vésicule petite et rétractée, j'aurais poursuivi mes recherches, j'aurais mis à nu les deux noyaux que j'avais sentis, mais cet état de la vésicule m'a tellement influencé, m'a tellement fait admettre l'existence du cancer, que j'ai au contraire abrégé mes recherches, et cru devoir réduire au minimum une intervention qui, dans mon esprit, ne pouvait pas donner une solution définitive.

Dans les deux cas, les canaux hépatiques et cholédoques étaient dilatés outre mesure ; de façon à admettre facilement deux doigts, seule la vésicule n'avait pas subi le même processus : hydropique et dilatée dans un cas, elle était atrophiée et rétractée sur des calculs dans l'autre.

C'est ce point sur lequel j'attire votre attention afin de vous mettre en garde et de vous éviter, si faire se peut, de tomber dans les mêmes erreurs que moi.

Pourquoi donc ce second malade est-il mort? Le reste de l'autopsie va nous l'apprendre : le foie était absolument décomposé, la rate énorme et diffluente, les reins eux-mêmes étaient malades; je crois donc que même si j'avais pu enlever ses calculs, le malade n'aurait pas moins succombé.

Présentation de malades.

M. Schwartz. — Je voulais justement vous présenter aujourd'hui un malade dont l'histoire a trait à cette question ; permettez-moi de vous résumer son observation :

Cholédocotomie pour angiocholite infectieuse, greffée sur une lithiase du canal cholédoque et du canal hépatique gauche. Absence totale de vésicule biliaire. Drainage du canal cholédoque, après ablation d'un gros calcul occupant les deux tiers supérieurs du canal cholédoque et le canal hépatique gauche.

Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, souffrant depuis une quinzaine d'années de coliques hépatiques et de crises d'ictère.

Il y a 4 ans 1/2, premier accès de fièvre avec un grand frisson durant 15 jours.

8 mois plus tard et 13 mois plus tard, 2e et 3e accès avec petit frisson.

Depuis 1 an, accès tous les mois; depuis 3 mois, tous les 15 jours, puis tous les 8 jours; dernier accès le 2 mai 1898; température axillaire 40°,5. Subictère examiné par notre collègue le Dr Chauffard, qui constate, après des injections de bleu de méthylène, des colorations intermittentes des urines avec décharge de pigment biliaire.

Nous posons le diagnostic d'angiocholite infectieuse avec lithiase biliaire, sans obstruction complète, le malade ne présentant qu'une teinte subictérique, et ayant des selles colorées, mais des urines un peu acajou. Etat cachectique assez avancé.

Opéré le 7 mai 1898. Laparotomie latérale. Foie tacheté d'une multitude de points jaunâtres, présentant l'aspect marbré et dépassant de 3 travers de doigt les fausses côtes.

Absence totale de vésicule; celle-ci est réduite à un bourgeon gros comme un pois. Exploration du cholédoque et des voies biliaires. Gros calcul le remplissant et se prolongeant à gauche. Taille. Lithotritie. Ablation par fragments jusque derrière le duodénum et refoulement de haut en bas dans le canal hépatique gauche. Aucune suture. Drain dans le bout central du cholédoque. Quatre mèches de gaze autour. Fermeture incomplète laissant passer drains et mèches.

La bile coule pendant 3 semaines, en grande abondance : matières colorées, urine normale. L'écoulement cesse dès que le malade se lève. Plus une goutte de bile depuis 10 jours. Etat général excellent.

Telle est en résumé cette observation que je publierai plus longuement.

Elle montre que, malgré des lésions déjà graves et datant de longtemps, puisque cet homme souffrait de coliques hépatiques depuis quinze ans, et des crises d'infection depuis près de cinq ans, la désobstruction des voies biliaires donne d'excellents

résultats. Vous pouvez voir que ce malade, opéré il y a un mois, est en très bonne voie.

J'ai pu observer et je confirme ce que notre collègue Quénu vous disait sur la rétraction, le raccourcissement de l'épiploon gastro-hépatique, qui rapproche l'estomac de la face inférieure du foie ; comme lui, nous avons pu constater l'issue de véritables boues biliaires pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération, indiquant la désobstruction progressive des voies biliaires plus petites.

J'insiste sur ce fait, que chez notre opéré l'écoulement de la bile a cessé dès qu'il s'est levé ; je ne crois pas à une simple coïncidence, mais plutôt à une action directe de la pesanteur contrariant l'écoulement par la plaie. Dans le cas actuel, la bile étant sûrement infectée, je n'ai pas hésité à drainer le canal cholédoque et à ne faire aucune suture. Dans mes deux précédentes cholédocotomies, j'ai fermé ; un cas s'est terminé par la mort, par suite d'écoulement de bile dans le péritoine, l'autre a guéri, sans qu'il y ait jamais eu écoulement de bile. Je pense que s'il y a le moindre doute au sujet de l'infection, c'est le drainage qu'il faut faire, et s'il y avait une conduite générale à formuler, je pencherais certes plutôt vers ce dernier que vers la suture.

En terminant, je vous ferai remarquer l'absence totale de vésicule chez mon opéré ; elle était réduite à l'état d'un bourgeon gros comme un pois, confirmant ainsi amplement la loi de Courvoisier. Par contre, dans mon précédent cas, elle était largement dilatée, remplie de liquide muqueux, oblitérée au niveau de son col, et, comme l'a dit notre collègue Routier, il ne faut pas trop se baser sur ses lésions pour affirmer ou rejeter la lithiase.

M. Bonamy présente un malade opéré chez M. Tuffier, d'une hernie étranglée, résection de l'intestin gangrené, anastomose latérale. Guérison.

La présentation de M. Bonamy sera soumise à l'examen de M. Tuffier.

M. Michaux présente un malade atteint de macrostomie, auquel il a fait la suture après avivement.

L'enfant avait en même temps une bride amniotique au bras, et un pied bot.

M. Berger. — M. Michaux a obtenu une diminution notable de

la division de la face. Il fera bien toutefois de poursuivre cette réparation.

M. Michaux. — Si je n'ai pas fermé plus complètement, c'est intentionnellement. Comme il y avait rétraction considérable du maxillaire inférieur, je n'ai pas voulu, par une striction trop serrée, m'opposer au développement de cet os.

M. Berger. — Je demanderai encore à M. Michaux comment fonctionne l'orbiculaire de cet enfant pour téter.

M. Michaux. — Je n'ai pu le voir.

Ostéoarthrite tuberculeuse du pied. Opération de Pasquier-Lefort.

M. Reynier. — A côté des malades atteints de tuberculose locale, que M. Kirmisson nous a présentés, et qu'il a traités sans opération sanglante, je veux présenter des malades qui, atteints de tuberculose locale, ont subi des opérations. Aujourd'hui, je vous présente une femme atteinte d'ostéoarthrite bacillaire du métatarse et du tarse antérieur. Je lui ai fait un Pasquier-Lefort, dont je vous présente aujourd'hui le résultat. La santé de cette femme s'est rétablie à la suite de cette intervention. Elle est grasse, et nous présente un beau moignon sur lequel elle peut s'appuyer. Ce résultat est d'autant plus probant qu'il remonte à plus d'un an.

Présentation d'instruments.

Bistouris et aiguilles à manche démontable servant de protège-pointe.

M. Chaput. — J'ai fait construire par M. Favre un bistouri à manche démontable, qui se compose d'une lame mobile et de deux valves fenêtrées formant le manche.

Sur la figure 1, on aperçoit à droite la valve mâle, qui présente à son extrémité supérieure une saillie rectangulaire surmontée d'un tenon ; à son extrémité inférieure on distingue une tige surmontée d'un bouton.

La lame du bistouri présente au niveau de sa base un orifice



Fig. 1.

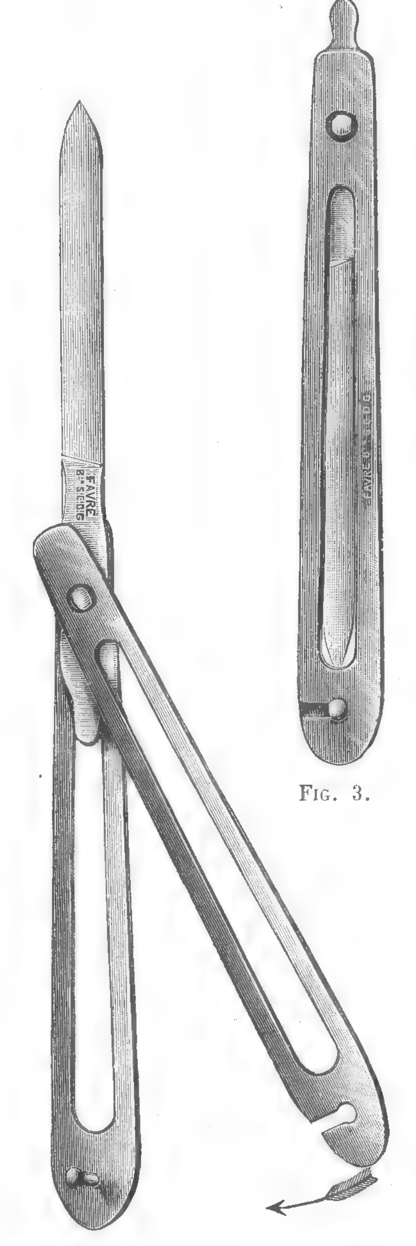


Fig. 3.

Fig. 2.

rectangulaire qui reçoit à frottement la saillie analogue de la valve mâle.

La valve femelle présente à son extrémité supérieure un orifice qui admet le tenon de la valve mâle. A son extrémité inférieure, existe une échancrure, qui reçoit la tige et le bouton de la valve mâle.

Pour se servir du bistouri, on fait entrer à frottement la saillie rectangulaire de la valve mâle dans l'orifice analogue du talon du bistouri.

On articule ensuite la valve femelle avec le tenon de la valve

mâle, puis on ramène les deux valves dans le même axe; elles sont alors fixées par la tige boutonnée qui s'arrête dans l'échancrure de la valve femelle (fig. 2).

La figure 3 représente le même bistouri fermé.

Voici les avantages de cet instrument.

On peut stériliser le bistouri fermé avec les autres instruments métalliques sans crainte d'altérer la pointe ou le tranchant.

Cet instrument n'a pas besoin d'un protège-pointe ni d'une boîte protectrice.

On peut conserver sous un petit volume et avec un poids minime 6 lames mobiles de bistouri dans une petite boîte métallique, le tout stérilisable.

Enfin, l'instrument est économique, car la lame seule s'use, le manche reste et les lames sont très peu coûteuses.

J'ai fait construire sur les mêmes données des aiguilles de Reverdin à manche démontable.

Présentation de pièces.

Kyste hématique du rein. Néphrectomie d'urgence.

M. Picqué. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce qui m'a paru intéressante tant par les particularités anatomiques qu'elle présente que par l'histoire clinique de la malade.

Il s'agit d'une dame de trente-cinq ans qui, depuis l'âge de douze ans jusqu'à vingt-cinq ans, c'est-à-dire pendant une période de onze années, a présenté, dans la région lombaire du côté droit, des crises douloureuses ressemblant à des coliques néphrétiques.

En avril 1890, survient brusquement une nouvelle crise douloureuse, que la malade prend pour une réapparition de ses coliques néphrétiques. Cette crise dure deux jours, et la malade évacue, pour la première fois, une urine purulente.

Elle est alors examinée par un de nos collègues très distingué des hôpitaux, qui porte le diagnostic de pyonéphrose, et institue un traitement médical qu'elle suit pendant plusieurs années.

Pendant ce temps, elle consulte plusieurs de nos collègues chirurgiens des hôpitaux, qui confirment le diagnostic de pyonéphrose dans un rein déplacé.

Les uns conseillent l'abstention ; d'autres proposent la néphrectomie. Devant ces opinions différentes, la malade ne peut se décider à subir une intervention. Une amélioration se produit, d'ailleurs, depuis l'année 1895 jusqu'à ces derniers temps. La malade, d'ailleurs très intelligente,

affirme qu'il existait dans la fosse iliaque une tumeur indolente et mobile.

Il y a trois semaines, sans cause connue, apparition de douleurs vagues dans la région lombaire, la malade ressent un malaise général. Le 30 mai, les douleurs s'exagèrent à la suite d'une promenade en voiture. La température monte à 40 degrés et la tumeur, d'après l'affirmation de la malade, augmente rapidement de volume.

C'est dans ces conditions que je vois la malade pour la première fois. Il existe dans la fosse iliaque une tumeur volumineuse du volume de deux poings, douloureuse à la moindre pression et manifestement fluctuante. La température est à 40 degrés. Il existe un léger ballonnement du ventre. L'état général est mauvais. La malade est très abattue.

Admettant le diagnostic porté antérieurement par nos collègues, je pense qu'il s'agit d'une pyonéphrose dans un rein déplacé et je propose d'urgence une néphrotomie, qui est acceptée. L'opération est pratiquée le 3 juin avec l'assistance de M. Macé et de mes internes Sauvage et Pédeprade.

Sous chloroforme, je constate que la tumeur iliaque est très mobile et je la mets à découvert à l'aide d'une incision verticale paralombaire d'environ 10 centimètres.

L'incision de la poche montre l'absence absolue de pus. La poche est remplie de caillots. J'agrandis alors l'incision. En détachant quelques caillots pour m'orienter dans la cavité, il se produisit une hémorrhagie considérable dont je ne devins maître qu'en pratiquant la néphrectomie.

La malade est en bonne voie de guérison.

La pièce que je vous présente offre un réel intérêt.

Le rein est sain et, contrairement à l'opinion de mes collègues, n'était nullement déplacé.

La tumeur, iliaque, est fixée sur la moitié inférieure du bord externe du rein. Elle est mobile sur lui et ses grandes dimensions expliquent aisément son siège dans la fosse iliaque. Notre collègue, M. Brault, auquel j'ai présenté la pièce et dont la compétence vous est bien connue, a constaté que la poche ne communiquait pas avec le rein, dont elle est séparée par une paroi assez épaisse.

Il m'a offert, avec une courtoisie dont je ne saurais trop le remercier, de me donner un examen histologique détaillé que je vous communiquerai. D'ores et déjà, il pense qu'il doit s'agir d'un kyste hématique pararénal dont la paroi avait refoulé le tissu du rein en dedans ou d'un kyste qui se serait développé dans les parties superficielles du parenchyme rénal.

L'examen rapide qu'il a fait lui donne à penser qu'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne, opinion qui, d'ailleurs, cadrerait mal avec l'ancienneté de la lésion, et l'état général excellent de la

malade avant l'explosion des accidents récents qui m'ont amené à intervenir.

Quoi qu'il en soit, il est bon de faire remarquer que le diagnostic de pyonéphrose ne s'est pas trouvé confirmé et que les accidents ont été produits par une hémorrhagie brusque dans une cavité préexistante dont j'espère prochainement pouvoir vous dire la nature.

M. Bazy. — Je ne discuterai pas, pour beaucoup de raisons, l'opinion de M. Brault, dont la compétence est si universellement connue, mais dont l'opinion dans le cas spécial, n'est pas définitive, mais je rappellerai un cas que j'ai présenté à cette Société, et qui ressemblait absolument à celui-ci. Il existait un kyste, qui paraissait surajouté au rein.

Ce kyste était rempli de sang et s'enfonçait dans la substance rénale. En faisant une coupe, on voyait dans le kyste, au voisinage du rein, des bourgeons qui venaient manifestement de la substance rénale. Il s'agissait d'un myxosarcome, à marche très rapide. Le malade a en effet succombé très rapidement à des accidents pulmonaires, qui devaient se rattacher à une généralisation du néoplasme. En effet, j'eus à faire une ponction thoracique, elle amena un liquide visqueux, analogue à celui qui imprégnait les bourgeons myxosarcomateux.

M. Picqué. — M. Brault a affirmé que ce n'était pas là une tumeur rénale de mauvaise nature. Toutefois, il a fait toutes ses réserves et doit pratiquer un examen plus approfondi que je communiquerai.

Élection.

d'une commission pour le classement des candidats au titre de membre titulaire.

Sont nommés :

MM. Brun, Nélaton, Guinard.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 15 JUIN 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Deux lettres, l'une de M. GÉRARD-MARCHANT, et l'autre de M. MICHAUD, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

3° Un travail de M. PLUYETTE (de Marseille), sur la *fracture simultanée des deux clavicules*. (Renvoyé à l'examen de M. Guinard.)

A propos du procès-verbal.

M. QUÉNU. — Voici le calcul du cholédoque auquel j'ai fait allusion dans ma communication à la dernière séance. Il mesure, de sa grosse à sa petite extrémité, près de 9 centimètres; son petit diamètre est de près de 4 centimètres, au niveau de la grosse extrémité.

M. RICARD. — Je remarque, dans les communications de mes collègues MM. Quénu et Schwartz, deux points particuliers que je veux relever. M. Quénu cite le cas d'un de ses opérés, pour infection hépatique, qui fut, au cours de l'intervention, l'objet d'hémorrhagies graves hors de proportion avec le volume des vaisseaux lésés. M. Schwartz relate un fait, où la vésicule biliaire rétractée était réduite au volume d'un pois. Je pus faire les mêmes

constatations chez l'un de mes malades, dont voici l'observation très résumée :

Il y a trois ans, M. X... était pris de rétention biliaire d'origine calculeuse, avec fièvre, ictère intense, état général mauvais. L'intervention me permit d'extraire de sa vésicule trois gros calculs polyédriques. Mais l'obstruction tenait à des calculs du cholédoque que je pus extraire par l'incision du canal. A la suite du drainage, une fistule biliaire s'établit, et persista six semaines environ, le malade récupera ensuite la plus parfaite santé.

Deux ans après, nouvelle atteinte de rétention biliaire, pour laquelle je revis le malade, mais la crise fut de courte durée. Il y a deux mois, une nouvelle rétention avec accès de fièvre intense, nécessita une intervention qui fut différée de quelques jours, dans l'espoir de voir la crise céder comme lors de la précédente atteinte.

Or, cette intervention détermina chez ce malade des hémorrhagies tellement abondantes et tellement diffuses, qu'étant donné son état de faiblesse extrême, je dus ne pas prolonger l'opération. L'incision de la peau, le décollement des adhérences épiploïques ou intestinales, amenèrent des hémorrhagies en nappe que la compression seule arrêtait. De plus, comme dans le cas de M. Schwartz, la vésicule avait complètement disparu; les voies biliaires étaient confondues dans un tissu induré qui masquait tous les points de repère.

Dans ces conditions, je ne persistai pas dans ma tentative opératoire; un tamponnement serré arrêta l'hémorrhagie. Mais, comme on pouvait le prévoir, l'intervention n'apporta aucun remède à la rétention et quelques jours après, le malade succombait.

M. Lejars. — Je désirerais apporter aussi à la discussion une observation nouvelle, qui date du mois d'avril dernier.

Elle a été pratiquée dans la clientèle de mon ami le D[r] Duchaine, de Puteaux, chez une femme de trente-cinq ans, dont la première crise hépatique remontait à 1890; les douleurs avaient duré six semaines, et s'étaient accompagnées d'un ictère intense. En 1895, nouvelles douleurs dans l'hypochondre droit et dans l'épaule, sans ictère. En novembre 1897, violente colique hépatique, suivie d'ictère, qui persiste jusque dans les premiers jours de janvier 1898. La malade était alors enceinte; elle accoucha le 23 février, après avoir souffert, quelques jours avant, d'un nouvel accès plus pénible que tous les autres. Dès lors, les douleurs se renouvellent presque tous les jours, l'ictère devient très foncé, les matières fécales sont décolorées, l'amaigrissement s'accuse de plus en plus, l'état général est très précaire. Dans l'hypochondre droit, la palpation est très difficile, et réveille aussitôt une vive douleur; on détermine seulement une masse assez confuse, dans laquelle il est impossible de reconnaître nettement la vésicule.

Le diagnostic d'obstruction calculeuse du canal cholédoque nous parut s'imposer, et ce fut dans ces conditions que l'opération fut pratiquée le 14 avril. Laparotomie latérale sur le bord du droit : nous tombons sur une vésicule petite, ne contenant pas de calculs et à peine de bile, et, après avoir décollé quelques adhérences, nous suivons du doigt le canal cystique et le cholédoque. Vers la partie moyenne du cholédoque, nous trouvons une grosse bosselure, dure, compacte, qui nous donne absolument la sensation d'un calcul enclavé; il paraît tout d'abord très peu mobilisable. La vésicule est incisée sur sa face inférieure, et l'incision prolongée sur le canal cystique, jusqu'à l'origine du cholédoque : alors, par la pression des doigts, agissant de bas en haut, nous arrivons à déplacer, et à faire remonter le calcul, qui peut enfin être saisi avec une pince et extrait. Immédiatement la bile flue en arrière de lui, nous montrant que le reste des voies est perméable. L'incision du canal cystique est réunie au catgut fin, ainsi qu'une partie de l'incision vésiculaire; deux drains sont laissés dans le foyer, l'un, au contact du cystique réuni, l'autre, dans l'orifice restant de la vésicule, et la paroi abdominale est réunie autour d'eux.

Les suites de l'intervention ont été très bénignes et la guérison rapide : au 3e jour, la malade avait une selle colorée; ce même jour, le drain inférieur fut supprimé, et l'on raccourcit l'autre. L'écoulement biliaire fut réduit à peu de chose pendant les six premiers jours, puis il devint abondant pendant deux ou trois jours, et se tarit très rapidement. A la fin d'avril, la cicatrisation était complète.

L'ictère s'atténua et disparut régulièrement. Aujourd'hui, l'opérée ne souffre plus et les fonctions digestives s'accomplissent d'une façon excellente.

Ici encore, la recherche et l'extraction du calcul oblitérant ont été suivies d'un résultat complet; de plus, la suture incomplète des voies biliaires incisées, combinée au drainage et dépourvue ainsi de tout danger, a réduit la durée de l'écoulement biliaire consécutif et hâté la guérison définitive.

Rapport.

Occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle et de son mésentère; observations de M. P. Delbet,

Rapport par M. ROUTIER.

Messieurs, les deux observations que nous a adressées M. P. Delbet sont extrêmement intéressantes car elles démontrent l'existence d'un fait nouveau, ou du moins qui n'était pas décrit jusqu'ici; nous n'avons pas trouvé en effet de cas analogue dans la littérature médicale, et si après avoir lu ses observations il nous semble avoir rencontré un cas semblable dont je parlerai plus bas, et qui s'est terminé par la guérison, je dois avouer que lors de mon intervention je n'avais pas trop su à quoi j'avais affaire; du reste, sans son premier cas, suivi d'autopsie, il est bien possible que M. Delbet n'aurait pas été plus avancé.

Il me semble que, pour bien faire comprendre ces faits, je ne saurais mieux faire que de laisser la parole à l'auteur lui-même dont voici la description littérale :

J'ai opéré mon premier cas à l'hôpital Lariboisière le 10 avril 1895. Je n'ai malheureusement conservé que des notes incomplètes.

Il s'agissait d'une femme, chez qui les accidents d'étranglement interne remontaient à neuf jours. Elle était dans un état de faiblesse extrême. Le ballonnement de l'abdomen était considérable et total. Je fis la laparotomie, et j'allai immédiatement à la recherche de l'S iliaque que je pensai trouver distendue. Elle était au contraire flasque. Je cherchai alors le cæcum qui était également aplati. Il était évident dès lors que l'obstacle portait sur l'intestin grêle. Je pris donc la dernière anse grêle à son abouchement dans le cæcum. Cette anse était vide, et de plus très peu mobile, ce qui la rendait difficile à suivre. En la suivant de bas en haut, j'arrivai tout de suite sur un point où elle s'incurvait brusquement, et disparaissait derrière une sorte de lame péritonéale fortement tendue et terminée par un bord saillant sur laquelle l'anse intestinale s'incurvait de haut en bas et de droite à gauche. En introduisant l'index le long de l'anse, je sentis très nettement la corde tendue formée par cette lame péritonéale et j'eus l'impression que je pénétrais dans une cavité. L'idée me vint qu'il s'agissait d'une hernie rétro-péritonéale. Faisant relever le paquet des anses grêles distendues, je cherchai à voir la disposition des choses. Je constatai ainsi, qu'à côté de la dernière anse aplatie, une autre anse, celle-là distendue, s'engageait aussi derrière le bord tranchant de la lame péritonéale. Je ne doutai plus de l'existence d'une hernie rétro-péritonéale, et il faut avouer, que les circonstances étaient bien faites pour induire en cette

erreur. Je trouvais, en effet, un bord péritonéal tranchant limitant un orifice profond dans lequel s'engageaient deux anses intestinales, l'une distendue, bout supérieur, l'autre aplatie, bout inférieur. Convaincu donc qu'il s'agissait d'une hernie rétro-péritonéale, je cherchai à la réduire en exerçant des tractions sur les anses, comme on réduirait par exemple une hernie obturatrice par l'abdomen. En tirant sur l'anse distendue (bout supérieur), j'en amenai une certaine longueur, mais sans rien changer aux apparences. Au contraire, les tractions exercées sur l'anse aplatie (bout inférieur) restèrent sans effet. Cependant, je constatais avec le doigt introduit derrière la bride qu'il n'y avait pas de collet, et l'étranglement paraissait dû plutôt à une coudure qu'à une striction. Je ne pus comprendre quelle cause s'opposait à la réduction. L'anse paraissait fixée dans la profondeur. Comme l'affaiblissement de la malade ne permettait pas de longs tâtonnements, comme je croyais qu'il n'y avait qu'une seule anse dans la hernie, et que l'absence de striction me paraissait mettre à l'abri de la grangrène, je fis une entéro-anastomose entre l'anse aplatie et l'anse distendue. La malade succomba quelques heures après. L'autopsie permit de constater que l'anastomose unissait les deux anses extrêmes de l'intestin grêle, la première anse jéjunale avec la dernière anse de l'iléon, que j'appellerai, pour simplifier le langage, anse cæcale. Je savais bien que l'une des anses était l'anse cæcale, mais je fus profondément surpris de constater que l'autre était la première anse jéjunale. Étant donné cette disposition, il est clair que, quand bien même la malade aurait guéri, l'entéro-anastomose ne pouvait lui donner une longue survie. En outre, il devenait certain qu'il ne s'agissait pas d'une hernie rétro-péritonéale. On finit par constater, non sans peine, que le mésentère était tordu et que la lésion consistait en une torsion de la totalité de l'intestin grêle, torsion d'un peu plus d'un tour fait dans le sens des aiguilles d'une montre. Il n'y avait d'ailleurs aucune adhérence ni entre les anses intestinales, ni entre les plis du mésentère, de sorte qu'il était assez facile de remettre les choses en place. Il suffisait pour cela de saisir toute la masse intestinale et de lui faire exécuter un peu plus d'un tour, dans le sens inverse à celui des aiguilles d'une montre.

J'étais instruit par ce premier fait, quand j'en ai rencontré un second dont voici l'observation :

Il s'agissait d'un homme de soixante-neuf ans, profondément débilité par une vie de fatigues et de misère. Sans antécédents héréditaires, il avait eu la diphtérie à six ans, et traînait depuis l'âge de vingt-six ans une bronchite chronique. Mais il n'avait jamais souffert du tube digestif : digestion facile, selles régulières, jamais de douleurs abdominales. Il était hospitalisé à la maison de retraite de Nanterre. Il en sortit le 28 janvier pour venir se faire soigner à l'Hôtel-Dieu, dans le service de mon ami Vaquez, d'une poussée de bronchite aiguë développée dans ses poumons emphysémateux.

Le 30 janvier, à midi, le malade, qui jusque-là n'avait pas souffert de l'abdomen — il avait été à la selle la veille au soir — ressentit une violente douleur abdominale principalement localisée dans le flanc

droit et la fosse iliaque correspondante. Cette douleur, qui ne ressemble pas aux coliques ordinaires, fait dire au malade qu'une bête lui tord les boyaux. Deux heures plus tard, paraissent les vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. En même temps, le ventre se ballonne. Pendant l'heure qui suit, les vomissements se ralentissent et les douleurs diminuent. Cependant le ventre continue à grossir et quatre heures après le début des accidents, la douleur se réveille, s'exaspère ; les vomissements deviennent plus fréquents, tout en restant bilieux. Quand ils se calment, la moindre tentative de déglutition les fait immédiatement reparaître.

Le malade est transporté dans le service de M. Polaillon, où je le vois à 9 heures du soir, comme chirurgien de garde.

A ce moment, l'état général n'est pas mauvais. La température est à 37°,4, le pouls à 100.

Le ballonnement est très considérable et s'étend à tout l'abdomen, fosses iliaques, flancs, région épigastrique. J'ai l'impression que le gros intestin y participe en même temps que l'intestin grêle. La percussion donne un résultat inattendu. L'épigastre, la région ombilicale sont d'une sonorité tympanique, mais au-dessus du pubis et dans les flancs, il existe une matité hydrique. Il est incontestable qu'il existe un épanchement considérable libre dans le péritoine. Il n'y a cependant aucun signe de péritonite.

Comme le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë n'était pas douteux, je fis immédiatement la laparotomie. En raison du degré du ballonnement, je pensais, bien à tort, que l'obstacle siégeait sur le gros intestin. Je m'abstins d'ailleurs de toute hypothèse sur la nature de cet obstacle.

Je fis l'incision médiane entre l'ombilic et le pubis. Dès que le péritoine fut ouvert, il s'écoula une grande quantité de liquide ayant la couleur de celui que l'on trouve dans les hernies étranglées. Les anses d'intestin grêle, distendues à l'extrême, d'un rouge foncé tirant sur le violet, se précipitent pour faire hernie par l'ouverture et leur pression est telle qu'il m'est presque impossible d'introduire la main dans l'abdomen. J'agrandis l'incision jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, et je laisse sortir quelques anses qui sont recueillies entre deux compresses chaudes. Je puis alors introduire la main droite dans le péritoine et, convaincu que l'obstacle siège très bas, je vais d'abord à la recherche de l'S iliaque. Celle-ci est vide et complètement aplatie. Je me dirige alors sur le cæcum qui est également revenu sur lui-même. Je cherche à saisir la dernière anse grêle, l'anse cæcale, mais elle est immobile, collée contre la paroi postérieure de l'abdomen, si bien que je ne puis ni l'amener, ni la suivre. Je laisse sortir de nouvelles anses intestinales qui sont, comme les premières, recueillies entre des compresses chaudes et inclinées sur le côté gauche de l'abdomen. L'examen par la vue devient alors possible, et je trouve la disposition que j'ai décrite. L'anse cæcale aplatie, tordue, s'engage en se courbant sous un repli péritonéal en même temps qu'une autre anse grêle rouge et fortement distendue. L'anse cæcale tiraillée entre

le cæcum, d'une part, et le repli péritonéal, de l'autre, est immobile, aplatie contre la paroi postérieure de l'abdomen; l'autre anse qui ne peut être, comme nous le verrons, que la première anse jéjunale, est mobile par sa partie moyenne. L'extrémité qui s'engage, en même temps que l'anse cæcale, derrière le repli péritonéal, peut être facilement mobilisée; son autre extrémité, au contraire, qui pénètre sous un autre repli du péritoine, est fixe. Entre les deux extrémités de cette anse distendue, le mésentère apparaît visiblement tordu.

Ces constatations faites, j'étais bien sûr qu'il s'agissait d'une torsion de la totalité de l'intestin grêle. Aussi, je fis immédiatement l'éviscération totale. Tout l'énorme paquet formé par l'intestin grêle distendu fut enveloppé de compresses chaudes, saisi à pleines mains, soulevé pour tendre le mésentère, et alors je procédai à la détorsion en lui imprimant un mouvement de rotation de haut en bas et de gauche à droite. Lorsque je lui eus fait exécuter ainsi un tour et un quart, le mésentère et l'intestin se retrouvèrent dans leur disposition normale. Il ne restait plus qu'à réintégrer l'intestin grêle dans l'abdomen et à faire la suture. Je passe sur les détails.

Les suites opératoires furent d'abord aussi favorables que possible. Le malade rendit des gaz immédiatement; il alla spontanément à la selle le lendemain matin. L'état général était excellent; la température à 36°8; le pouls à 90 degrés; le ventre souple et indolent.

Le 1er février, deux jours après l'opération, à 3 heures et demie du soir, le malade est pris d'un brusque et violent frisson, la température s'élève à 39°6. Le 2, on constate un foyer de broncho-pneumonie au sommet droit. Je rappelle qu'au moment où il a été pris de ces accidents intestinaux, le malade, vieil emphysémateux, était en traitement pour une poussée de bronchite aiguë. Trois jours après, paraissent des signes d'épanchement pleurétique à la base gauche. Enfin, onze jours après l'opération, le pauvre diable s'éteint après vingt-quatre heures de délire, tranquille, sans avoir présenté aucun accident péritonéal.

L'autopsie a été faite vingt-quatre heures après par M. Rastouil, interne de M. Polaillon. Je copie les notes qu'il m'a remises.

« L'épiploon et une anse intestinale adhèrent à la cicatrice, sans bride, ni rétrécissement. La lumière de cette anse est parfaitement libre. L'intestin est complètement déroulé. On constate seulement quelques légères adhérences entre deux ou trois anses. Pas d'épanchement dans le péritoine. Foie cardiaque. Veines congestionnées. Rate normale. Cœur hypertrophié sans lésions valvulaires. Épanchement séro-fibrineux de 500 grammes dans la plèvre gauche. Foyers de broncho-pneumonie dans toute la hauteur des deux poumons. Œdème pulmonaire dans le tiers moyen du poumon droit. »

Bien qu'il soit toujours choquant et même un peu ridicule de dire qu'un malade est mort guéri, je crois pouvoir affirmer que cet homme est mort par ses poumons, guéri et bien guéri de ses accidents intestinaux.

Après avoir ainsi décrit les deux cas qui font l'objet de sa présentation, M. Delbet cherche à expliquer les faits qu'il a observés.

« Je ne m'attarderai pas, dit-il, à présenter des hypothèses sur les causes ou le mécanisme de cette étrange torsion, car je n'en ai trouvé aucune qui me satisfasse. Mes deux malades ne m'ont pas paru avoir le mésentère fait autrement que le commun des mortels. La seule chose qui me paraisse évidente, c'est qu'un mésentère très court et très épais opposerait un réel obstacle à la torsion, et qu'il faut, pour qu'elle se puisse produire, un mésentère souple et un peu long. »

Pas plus que lui, je ne puis vous donner les causes de cette torsion du mésentère; sommes-nous du reste plus avancés quand il s'agit d'expliquer la torsion des kystes de l'ovaire ou des autres tumeurs de l'abdomen? toutes les hypothèses avancées restent encore à l'état d'hypothèse.

Cependant, si on ne peut les expliquer, on peut au moins analyser les faits.

« Dans mes deux cas, nous dit l'auteur, la torsion s'est produite dans le sens des aiguilles d'une montre ; elle est donc dextrogyre. Étant donnée l'obliquité de l'insertion du mésentère de haut en bas et de droite à gauche, je suis tenté de croire qu'il ne peut guère en être autrement. Mais je me garderais bien de l'affirmer, car, dans ces sortes de choses, le vraisemblable peut n'être pas vrai. »

Quoi qu'il en soit, quand cette torsion se produit, elle crée des rapports anormaux, et surtout cause l'occlusion intestinale, car il ne faut pas perdre de vue que l'anse duodénale et l'anse cæcale étant fixes, celles-ci subissent tout l'effet produit par la torsion et offrent une variété d'occlusion remarquable par ce fait qu'il existe deux points d'étranglement, l'un au commencement, l'autre à la fin de l'intestin grêle, cette torsion réalisant une sorte d'exclusion de toute la masse flottante du petit intestin.

L'anse jéjunale garde toujours dans la profondeur sa situation normale, mais bientôt on la perd de vue, elle passe à gauche du mésentère, se trouve derrière lui pour ressortir sous son bord inférieur et à droite, et se continue ensuite avec la masse intestinale.

C'est là le siège du premier étranglement.

La dernière anse de l'iléon, au contraire, passe du côté gauche du mésentère, et se portant de gauche à droite contourne le bord supérieur du mésentère tordu, pour venir en s'incurvant se terminer dans le cæcum.

C'est là le second siège de l'étranglement.

M. Delbet explique très bien comment cette torsion produit l'étranglement.

« La torsion, dit-il, ne peut se produire sans que le mésentère entraîne le péritoine pariétal avec lequel il se continue. Au lieu d'une lame comprise dans un seul plan et se continuant de chaque côté au niveau de son insertion avec le péritoine de la paroi, il tend à prendre la forme de deux cônes opposés par leur sommet. Il se produit ainsi aux dépens du péritoine pariétal deux brides fortement tendues, l'une supérieure qui remonte dans la région du rein droit, l'autre inférieure qui descend sur le contour du détroit supérieur du côté droit. La bride inférieure se continue avec le méso de l'anse cæcale. Elle aplatit par sa tension la première anse jéjunale contre la colonne vertébrale et ainsi se produit un premier étranglement. En outre, l'anse cæcale est également étranglée, tant par la coudure qu'elle subit sur le bord supérieur du mésentère, que par la pression exercée sur elle par le mésentère lui-même.

« La continuité de la bride inférieure avec le méso de l'anse cæcale explique la fixité de cette anse. »

M. Delbet, après cette description, met surtout un fait en lumière; c'est que, si on regarde les deux anses, jéjunale et cæcale, on a l'impression de les voir s'engager toutes deux dans un même trou et on comprend qu'en face de cette disposition, on soit tenté de croire qu'il s'agit d'une hernie rétro-péritonéale.

Cette erreur, si on la commet, est préjudiciable au malade, car il serait presque impossible de réduire l'occlusion en exerçant des tractions, comme on est habitué à le faire pour la hernie rétro-péritonéale.

On comprend, en effet, que la traction sur l'anse cæcale ne pourrait avoir d'autre effet que d'augmenter la torsion; pour remédier à l'inversion, il faudrait tirer sur l'anse jéjunale, prendre soin de tirer dans le sens inverse de la torsion, et si on avait cette chance, il faudrait dérouler toute la longueur de la masse de l'intestin grêle: il est peu probable qu'on arrivât à un bon résultat.

De ce fait du double siège de l'étranglement, il résulte que l'intestin grêle est dans la même situation que s'il était compris en totalité dans une hernie étranglée.

D'où certaines conséquences cliniques, sur lesquelles le présentateur n'a pas manqué d'attirer l'attention. La première, c'est que le ballonnement doit être très rapide et très considérable. Et, en effet, ses deux malades avaient un météorisme si accentué, qu'il a cru que le gros intestin était distendu. La seconde conséquence, c'est que les vomissements ne peuvent guère devenir

fécaloïdes, puisque le premier étranglement porte sur l'origine de l'intestin grêle.

A cela, il faut ajouter que le mésentère étant tordu, la circulation sanguine est extrêmement gênée. Comme à la suite de toute torsion de pédicule, la circulation veineuse est plus troublée que la circulation artérielle. Il en résulte une stase considérable, des altérations épithéliales et une transsudation. Il y aura donc un épanchement de liquide comme dans le sac d'une hernie étranglée, mais ce liquide s'accumulera dans le péritoine; il se formera une ascite aiguë. Toutefois, cette ascite n'est pas plus fatale que la production de liquide dans le sac herniaire. Dans son premier cas, elle a manqué, ou au moins il ne trouve rien dans ses notes à ce sujet.

« Ces considérations de physiologie pathologique, nous dit l'auteur, conduisent, on le voit, à des symptômes, qui permettront peut-être de reconnaître, dans certains cas, cette variété singulière d'étranglement interne.

« Production rapide d'un météorisme considérable, épanchement dans le péritoine, absence de vomissements fécaloïdes, tels sont les trois signes qui, joints aux phénomènes d'étranglement et à l'absence de tous symptômes de péritonite, pourront faire soupçonner la torsion de la totalité de l'intestin grêle.

« Si on n'arrive pas à faire le diagnostic avant l'opération, il devient facile de le faire l'abdomen ouvert. On reconnaît que le cæcum est vide; on suit la dernière anse grêle également vide, on constate qu'elle est fixe et qu'elle s'engage derrière une bride saillante. Cette première constatation faite, il suffit d'un peu d'attention pour reconnaître qu'il ne s'agit pas d'une hernie rétropéritonéale. On constate, en tirant sur l'anse distendue qui accompagne l'anse cæcale aplatie, qu'on peut amener facilement d'autres anses grêles. En relevant cette anse distendue, on voit qu'elle n'est pas fixée contre l'anse cæcale comme elle le serait par un collet de hernie. Cette double constatation suffit pour éliminer la hernie. On peut voir sur le mésentère les plis qui indiquent la torsion, on peut sentir les deux brides formées par le tiraillement du péritoine pariétal, deux brides dont l'une remonte vers le rein droit, et dont l'autre descend en suivant les vaisseaux iliaques. On peut être sûr alors que l'intestin est tordu et il ne reste plus qu'à faire l'éviscération pour le détordre. »

Je vous ai dit que je crois avoir observé un cas analogue, mais nullement prévenu du fait je ne puis l'affirmer, et en tout cas, j'aurais eu la chance de dérouler l'intestin dans le bon sens, car sans faire l'éviscération ni une détorsion, dont je ne soupçonnais pas l'utilité, j'ai guéri ma malade.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir ce fait de la possibilité de la torsion en masse du mésentère, et si on n'en fait pas le diagnostic clinique, savoir au moins la reconnaître, une fois la laparotomie pratiquée, afin de ne pas perdre de temps en fausses manœuvres, et s'appliquer de suite à replacer la masse intestinale dans la position qu'elle doit normalement occuper.

M. Kirmisson. — Je ne savais pas que le rapport de M. Routier dût être lu aujourd'hui. J'ai, en effet, un cas analogue à communiquer à la Société de Chirurgie; je dis analogue, car si la cause était de même nature, les phénomènes cliniques furent très différents.

Je demande à être inscrit pour la prochaine séance où j'apporterai le fait en question.

Communications.

Pylorectomie nécessitée par des vomissements datant de longues années. Guérison,

par M. le D[r] H. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand).

Le nommé Nicolaume (Francis), âgé de quarante-sept ans, entre à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, salle Duprat, n° 9, le 8 février 1898.

Cet homme souffre depuis six ans de douleurs à la région épigastrique, et depuis cette époque, il vomit fréquemment quelques heures après avoir mangé. La marche de l'affection est irrégulière. Pendant de certaines périodes, l'estomac rejette toute matière alimentaire, puis surviennent des semaines d'accalmie relative. Le malade a traîné pendant longtemps dans les services de médecine de l'hôpital de Riom, et dans ceux de celui de Clermont. Régime et médication ont été impuissants, aussi se décide-t-on à l'évacuer dans notre service. Après quelques jours d'examen, M. le D[r] Bride, qui veut bien m'assister, se joint à moi pour inviter le patient à accepter une intervention chirurgicale, qui est pratiquée le 1[er] mars. Comme la palpation ne nous a fourni aucun renseignement, il est décidé, qu'une fois la laparotomie pratiquée, nous examinerons l'organe et agirons suivant les circonstances.

L'abdomen est incisé de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, l'estomac paraît sain à la palpation, mais au niveau du pylore, nous sentons une induration manifeste, qui est saisie entre deux pinces et réséquée très largement.

L'ouverture stomacale beaucoup plus grande est diminuée par une

suture longitudinale, puis on affronte les deux parties du tube digestif.

En arrière, suture séro-séreuse en surjet à la Lembert, puis muco-muqueuse circulaire, et en avant, points séro-séreux à la Lembert, séparés, le tout à la soie.

Le reste de l'opération se termine de la manière ordinaire.

Le premier jour, le malade a quelques vomissements; le deuxième jour, on lui donne un lavement nutritif, et un peu de glace par la bouche. Dès le troisième jour, on commence à l'alimenter. Le quatrième jour, à la suite d'efforts de vomissements, la suture des parois ayant été faite en un seul temps, une masse épiploïque sort entre deux sutures, elle est réséquée dès le lendemain matin, et les sutures sont renforcées. Ablation des fils, le neuvième jour après l'opération. On pèse le malade ce jour même, son poids est de 39 kilos.

Les vomissements ont complètement cessé; un mois après nouveau pesage, le malade pèse 42 kilos.

Il sort le 4 mai; depuis nous avons eu de ses nouvelles, il continue à s'alimenter.

L'examen de la tumeur n'a pas permis d'affirmer qu'il s'agissait d'un cancer, il y avait hypertrophie des éléments normaux de l'estomac, mais rien de caractéristique.

Traitement d'une variété rare de fistule vésico-vaginale d'un accès difficile. Opération préliminaire,

par M. NÉLATON.

Messieurs, l'an passé, dans une communication fort importante sur la thérapeutique des fistules vésico-vaginales, notre président actuel, M. Berger, établissait la nécessité d'avoir une large voie pour aborder la fistule et insistait sur l'importance de la dilatation progressive préliminaire d'après le procédé de Bosemann.

Ayant eu à traiter une variété de fistule vésico-vaginale rare et d'un accès fort difficile, j'ai cru devoir recourir, sans passer par la dilatation progressive, à une opération préliminaire extemporanée pour me faciliter les manœuvres opératoires. Je me suis bien trouvé de cette opération préliminaire, recommandée par M. Chaput, mais qui, à tort, selon moi, n'a guère trouvé de partisans. Je viens aujourd'hui vous la soumettre, vous présentant en même temps la malade qui a subi cette opération.

Voici d'abord l'histoire de cette malade :

Bouteau (Marie), âgée de vingt-deux ans, entre dans mon service au mois de février de cette année. Cette fille est atteinte de fistule vésico-vaginale. Cette fistule a été produite, il y a trois ans, le 4 mai 1895, par un accouchement fort difficile qui a duré quatre jours. Cet accouchement se fit spontanément, la malade étant dans une campagne éloignée et sans secours.

A la suite de sa délivrance, cette femme resta deux jours sans pouvoir uriner, puis, le troisième jour, elle s'aperçut que son urine s'écoulait par le vagin.

Marie Bouteau se rétablit peu à peu, mais l'écoulement des urines se fit à partir de ce moment par le vagin. Aussi s'adressa-t-elle, au mois d'août 1895, à l'Hôtel-Dieu de Poitiers où elle fut opérée le 27 août. On lui fit une incision abdominale dont elle porte la trace, mais je ne sais pas exactement quelle opération fut faite par cette voie.

Toujours est-il qu'à la suite de cette opération, les urines continuèrent à couler par le vagin. Ennuyée de cette situation, la malade vint à Paris et entra dans notre service.

Voici dans quel état elle se présenta à nous. C'est une forte fille, grasse, en bon état de santé. Elle perd la totalité de ses urines par le vagin, elle est donc constamment mouillée. Les lèvres et la peau de la racine des cuisses sont rouges, irritées et couvertes d'excoriations douloureuses au toucher.

Au toucher, on constate au sommet d'un vagin long et rétréci, l'existence d'une perforation vésicale, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, située à 6 ou 7 millimètres au-devant de la lèvre antérieure du col. L'examen au spéculum bivalve ne permet de rien voir. Mais, en faisant coucher la malade sur le côté et en relevant la paroi postérieure du vagin avec une valve, on arrive à découvrir à grand'peine la perforation vésicale. Cet examen fort difficile, pénible pour la malade, nécessite un véritable effort.

En introduisant une sonde dans l'urèthre pendant que la malade est maintenue sur le côté et la face postérieure du vagin écartée, on voit que cette sonde après avoir parcouru l'urèthre arrive dans le vagin. L'orifice postérieur de l'urèthre par lequel sort le bec de la sonde est distant de l'orifice vésical d'environ 2 centimètres.

Le vagin était tellement étroit, tellement difficile à explorer, que ce n'est qu'au troisième examen que je me suis rendu compte de cette disposition.

Ce n'était donc pas, à proprement parler, une fistule vésico-vaginale que j'avais à traiter, mais un arrachement de l'urèthre à son abouchement dans la vessie. Le canal excréteur de l'urine, séparé du réservoir vésical, avait son extrémité vésicale ouverte dans le vagin et l'orifice de la vessie se voyait un peu au-dessus de lui.

Ne sachant trop comment remédier à la lésion que je viens de décrire, je demandai conseil à plusieurs de nos collègues qui se sont occupés du traitement des fistules vésico-vaginales difficiles, et bien m'en prit,

ainsi que vous allez le voir, car c'est grâce à leurs différents avis que j'obtins un résultat satisfaisant.

Je m'adressai tout d'abord à mon ami M. Michaux, pensant que le procédé qu'il a décrit pourrait peut-être, avec quelques modifications, être employé chez ma malade. Mais M. Michaux ne le pensa point et, frappé par l'étroitesse du vagin, par la difficulté réelle qu'il y avait à découvrir la fistule, il me conseilla de faire un double débridement sur les parois postéro-latérales du vagin, de façon à ce que la valve postérieure pût écarter suffisamment les parties pour permettre l'accès jusqu'à la fistule.

M. Ricard eut ensuite l'amabilité d'examiner cette femme, il ne me conseilla pas les incisions de débridements et pensa que, sous le chloroforme, de bonnes pinces à abaissement, placées sur le col, me permettraient d'abaisser l'utérus, de faire le premier temps de l'hystérectomie vaginale et d'amener ainsi l'orifice vésical sur lequel j'avais à travailler au contact de l'urèthre.

M. Richelot, qui vint voir la malade en troisième lieu, accepta le plan opératoire que je lui soumis et que je vais vous exposer, et me conseilla pour mes sutures de ne me servir que de catgut.

Après y avoir beaucoup réfléchi, j'obéis à ces trois conseils en les modifiant légèrement et en associant les avantages que chacun d'eux me présentait.

Voici l'opération que j'exécutai :

La malade étant anesthésiée et couchée sur le côté droit, la cuisse gauche fortement relevée, j'incisai franchement de dedans en dehors dans toute sa hauteur, la partie postéro-latérale gauche du vagin, passant sur le côté gauche du rectum et ouvrant la fosse ischio-rectale. Cette incision me fit sectionner trois ou quatre vaisseaux de peu d'importance sur lesquels je plaçai des pinces hémostatiques. Mais dès que cette ouverture fut faite, une valve placée dans la plaie me permit d'avoir sous les yeux la paroi antérieure du vagin, et d'agir facilement sur l'orifice vésical et sur l'orifice uréthral.

Aussitôt, passant au deuxième temps, je saisis la lèvre antérieure du col avec une pince, je sectionnai le cul-de-sac vaginal antérieur et je décollai la vessie de l'utérus jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal.

Ce second temps me permit d'abaisser l'orifice vésical et de l'amener facilement au contact de l'orifice de l'urèthre.

Ces deux premiers temps furent rapides et facilement exécutés.

Le troisième temps consista à aviver tout l'espace séparant les deux orifices vésical et uréthral, à mobiliser et à séparer de la muqueuse vaginale l'orifice postérieur de l'urèthre. Ce temps fut long et laborieux.

Le quatrième temps fut consacré à suturer avec du catgut n° 1 (6 points) le pourtour de l'orifice vésical au pourtour de l'orifice uréthral.

Dans un cinquième, je fermai la plaie en suturant au catgut n° 3 la muqueuse vaginale séparée de l'urèthre à la muqueuse de la lèvre antérieure du col.

Enfin, un surjet au catgut rapidement fait, ferma la brèche vaginale

que j'avais établie au début de l'opération. Un pansement iodoformé fut placé dans le vagin, une sonde à demeure fixée dans la vessie.

L'opération avait duré une heure trois quarts.

Tout alla bien tout d'abord, j'avais changé la sonde à demeure le quatrième et le huitième jour et toute l'urine s'écoulait par la sonde. Mais le dixième jour, un léger suintement se fit par le vagin. La malade qui n'avait pas été jusque-là à la garde-robe, fut purgée et, à la suite de la purge, une certaine quantité d'urine passa encore par le vagin.

Le quinzième jour, je regardai quel était l'état des parties, la brèche faite comme opération préliminaire était complètement guérie, la réunion de l'urèthre à l'orifice vésical était aussi obtenue, une simple fissure existait sur la partie latérale droite de ma suture; j'attendis six semaines, au bout desquelles j'avivai les deux lèvres de cette fissure que je suturai.

Cette opération complémentaire amena la guérison de la malade· elle a aujourd'hui une vessie en continuité avec l'urèthre, elle ne perd plus ses urines lorsqu'elle est étendue ou assise. Mais elle n'a plus de sphincter vésical et elle ne peut marcher ou rester debout plus d'une heure sans uriner, sous peine de se mouiller.

Le résultat, quoi qu'il en soit, nous a paru assez bon pour vous être présenté.

Messieurs, je fais cette communication parce que ces cas de fistules vésico-vaginales difficiles à traiter ne relèvent point de règles absolues, et que la connaissance d'un cas peut aider à en traiter d'autres, et puis, aussi, pour montrer l'excellence des trois conseils qui m'ont été donnés. La brèche vaginale, que j'ai faite d'après le conseil de M. Michaux, et que j'ai modifiée après lecture d'un travail de M. Chaput où il recommande la technique que j'ai suivie, ne me paraît pas jouir généralement de la faveur qu'elle mérite; je puis affirmer qu'elle donne un jour énorme, facilite singulièrement l'opération, et je n'hésite pas à déclarer que j'y aurai dorénavant recours, pour le traitement de toute fistule d'un accès difficile; d'autant que cette opération préliminaire se fait en une minute et guérit sans donner aucun ennui.

La séparation large de la vessie de la face antérieure de l'utérus, comme me l'a conseillé M. Ricard, permet de suturer de vraies surfaces qui ne sont pas tiraillées. Dans le cas particulier, elle m'a permis de recouvrir la suture uréthro-vésicale d'une forte suture de la muqueuse vagino-cervicale, qui a été, je crois, le facteur le plus important du résultat que j'ai obtenu.

Enfin, je crois qu'en me conseillant d'employer le catgut pour mes sutures, M. Richelot m'a donné un bon conseil, car il ne faut guère toucher à une suture vaginale, vers le dixième ou douzième jour. C'est là le moment délicat et avec toute autre suture on est

obligé d'enlever les fils. Je crois du reste, comme M. Richelot, que si la suture est bonne la réunion se fera aussi bien, si on a employé le catgut que si on a eu recours au fil d'argent ou à la soie.

M. CHAPUT. — Je ne saurais assez féliciter mon ami M. Nélaton du beau résultat qu'il a obtenu, et de l'ingénieux éclectisme opératoire, qui lui a permis de mener à bonne fin une opération des plus délicates.

Je le remercierai encore d'avoir bien voulu rappeler avec éloges l'opération du débridement de la vulve, que j'ai décrite au Congrès de chirurgie de 1892.

L'opération en question s'exécute très simplement à la condition de prendre certaines précautions. La section des parties molles ne doit pas se faire de la vulve vers l'ischion, mais par transfixion de l'ischion vers le vagin.

A égale distance entre la vulve et l'ischion, ponctionnez la peau avec un grand couteau à amputation.

Poussez la pointe en haut vers le vagin et faites-la ressortir un peu au-dessous du col utérin, coupez ensuite toutes les parties molles situées entre le couteau et le vagin, y compris ce dernier conduit.

Immédiatement s'élancent de nombreux jets artériels. On saisit ces artères avec des pinces hémostatiques qu'on laisse pendre dans la plaie. On applique alors une valve postérieure sur ces pinces et sans être gêné aucunement, on peut entreprendre l'opération principale.

La vulve se trouve considérablement agrandie par le débridement. Telle vulve qui ne mesurait que 4 centimètres dans le sens vertical, acquerra des dimensions doubles (8 centimètres) après le débridement.

Si ces résultats ne sont pas encore suffisants, on pourra par un second débridement fait du côté opposé, obtenir une vulve qui mesure 12 centimètres dans le sens vertical.

Après l'acte opératoire, rien de plus simple que de suturer ce débridement. Il est inutile de lier les artères. Je passe seulement une série de sutures comme dans la périnéorrhaphie; je place des catguts dans le vagin, un fil d'argent sur la vulve et des crins dans la portion cutanée du débridement.

Quinze jours après, la cicatrisation est si parfaite que le chirurgien le plus exercé est incapable de dire si une opération à été faite sur la vulve.

J'ai employé cette opération un grand nombre de fois pour des fistules vésico-vaginales. Elle permet aussi de conduire à bien la plupart des opérations vaginales ou utérines chez les vierges.

Enfin elle rend possibles des ablations de fibromes énormes qui eussent été impraticables en raison de l'étroitesse du conduit vaginal.

Lecture.

Castration pour testicule tuberculeux, avec ablation d'une longueur considérable de la partie intra-abdominale du canal déférent, par M. Beurnier, chirurgien des hôpitaux.

La communication de M. Beurnier est renvoyée à l'examen de M. Reynier.

Communication.

De l'intervention chirurgicale dans certaines formes de péritonite tuberculeuse aiguë,

par M. LEJARS.

Le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse a été trop étudié, et les documents sont aujourd'hui trop nombreux pour qu'il soit de quelque intérêt d'en reprendre à nouveau les indications générales. Si le mode d'action de la laparotomie reste obscur, nous savons quels résultats durables nous pouvons souvent en attendre.

Je désirerais vous soumettre quelques faits et quelques réflexions se rapportant à certaines formes cliniques, moins communes, sous lesquelles l'affection peut se présenter, à certaines indications d'urgence qu'elle peut faire naître, en revêtant le début brusque et les allures aiguës d'autres affections graves de l'abdomen. Chez deux de mes malades, la tuberculose péritonéale aiguë se manifesta sous les apparences de l'occlusion intestinale et de l'appendicite.

Le premier cas est celui d'un homme de trente-cinq ans, commis des postes, qui était entré à l'hôpital Beaujon, en janvier dernier, pour des accidents abdominaux qui avaient débuté le 15 janvier.

Je vis le malade le 19 janvier, dans le service de M. le professeur Debove, qui avait bien voulu me faire appeler : la face était pâle,

anxieuse, un peu grippée, le pouls fréquent et assez petit, la langue très sale, d'un blanc jaunâtre; il y avait eu, la veille et dans la nuit, des nausées et quelques vomissements sans caractère; pas de selles depuis plusieurs jours, mais quelques émissions gazeuses; le ventre était gros, surtout distendu dans la région sus-ombilicale, d'une consistance uniformément pâteuse, sans induration, sans relief en aucun point : la palpation était peu douloureuse, sauf dans le flanc et la fosse iliaque droite, et encore n'était-ce là qu'une sensation diffuse, sans localisation, et que la pression seule réveillait.

Le malade était d'apparence très vigoureuse, solidement musclé, et dans ses antécédents, que son état de torpeur un peu étrange rendait d'ailleurs assez difficiles à élucider, on ne retrouvait à noter que l'existence antérieure d'une crise un peu analogue, et qui avait cédé spontanément.

Bien qu'il fût entré à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale, et que ce fût là, en réalité, une des hypothèses les plus plausibles, il manquait quelques éléments d'importance majeure : les vomissements, en somme, rares et uniquement bilieux, les quelques gaz rendus par l'anus, au moins la veille, la consistance du ventre, cadraient mal avec le diagnostic d'iléus, tout au moins d'iléus vrai ; et, d'autre part, la brusquerie du début, la santé excellente et l'absence complète de tout accident abdominal, depuis cette crise mal définie et passagère dont il évoquait seulement le vague souvenir, tout cela ne permettait guère de conclure de prime abord à un processus péritonéal chronique.

Toujours est-il que je crus sage d'attendre, avant de recourir à une intervention opératoire, le malade se trouvant dans les meilleures conditions pour être soumis à une surveillance constante. On appliqua une vessie de glace sur le ventre, et l'on donna un lavement électrique, qui ne fut d'ailleurs suivi d'aucun résultat.

Le lendemain, 20, l'état restait pourtant le même; le pouls conservait les mêmes caractères, les vomissements étaient toujours très rares et composés seulement d'un peu de liquide bilieux, le ventre n'était pas plus tendu. L'idée d'une obstruction ou d'une pseudo-occlusion paralytique semblait se confirmer. M. Labbé, interne du service, administra un second lavement électrique, sans plus d'effet.

Dans la nuit, la situation se modifia grandement. Le 21, à neuf heures, on me présentait une pleine cuvette d'un liquide épais, brunâtre, dont l'aspect et l'odeur ne me laissaient aucun doute : c'était un vomissement fécaloïde, et il était même si caractéristique, que je le fis porter à l'amphithéâtre pour le présenter aux élèves. Le facies était grippé, le pouls très petit, les mains froides, le ventre fortement distendu, surtout dans sa moitié supérieure.

Une demi-heure après, un peu au regret d'avoir attendu quarante-huit heures pour intervenir, je pratiquai la laparotomie, en présence de M. le professeur Debove et de M. Théophile Anger. Me guidant sur la zone de distension maxima de l'abdomen, je fis une incision sus-ombilicale : le péritoine ouvert, il s'écoula un peu de liquide clair, séreux, et je tombai sur un épiploon épais, très graisseux, et que le premier exa-

men nous montra parsemé de granulations jaunâtres, arrondies, dures, grosses comme des grains de millet et de chènevis, et présentant toute l'apparence des granulations tuberculeuses; en relevant et en tirant au dehors le reste du tablier épiploïque, il fut aisé de constater que ce semis granuleux se continuait dans toute son étendue, et, au-dessous, l'intestin apparut couvert des mêmes granulations.

Nous avions donc affaire à une péritonite tuberculeuse miliaire; l'exploration de la cavité abdominale ne nous fit découvrir aucune bride, aucune zone d'adhérence, aucun segment aplati de l'intestin; l'S iliaque était distendue tout aussi bien que les premières portions de l'intestin grêle; nulle part de coudures, partout la surface intestinale était rouge, vascularisée, mais lisse et polie, sans fausses membranes.

Après cette recherche, qui fut rapidement faite, il ne restait plus qu'à fermer le ventre, purement et simplement, ce qui fut exécuté, comme d'ordinaire, par une réunion à deux plans de la paroi, et la suture de la peau.

Le malade se réveilla sans peine : l'opération avait duré une vingtaine de minutes. Dans la soirée, il allait spontanément à la selle, et une garde-robe copieuse témoignait de la brusque cessation de l'occlusion paralytique.

Dès lors, les vomissements ne reparurent pas et l'état général s'améliora très vite. Il n'y avait pas de fièvre, le pouls était bon, les selles étaient régulières, et le malade s'alimentait. La plaie abdominale se réunit sans incident.

Pourtant, si les accidents aigus étaient subitement tombés à la suite de l'intervention, ce n'était point là une guérison. Le malade restait pâle, il ne reprenait que lentement ses forces, il ressentait de temps en temps quelques douleurs dans le ventre; il avait notablement maigri.

Ce fut dans cet état, en somme assez inquiétant, qu'il sortit de l'hôpital le 1er mars.

Depuis, sa santé générale paraît en voie d'amélioration; l'appétit est excellent, les fonctions intestinales régulières. Le ventre reste souple, à peine sensible en quelques points. L'avenir dira si la laparotomie, pratiquée pour remédier à des accidents aigus de pseudo-occlusion, aura produit ici encore, une sorte d'action d'arrêt sur l'évolution de la tuberculose péritonéale.

Les occlusions qui surviennent au cours de la péritonite tuberculeuse sont loin d'être exceptionnelles; j'en ai étudié les diverses variétés, à l'occasion d'un fait d'iléus vrai, où la laparotomie me fit découvrir une bride des plus nettes, qui enserrait la portion originelle du jéjunum. Chez notre dernier malade, il s'agissait d'une de ces pseudo-occlusions, dans lesquelles l'élément paralytique entre pour une large part, et le résultat obtenu par la laparotomie pure et simple ne constitue pas, lui non plus, un fait nouveau et isolé.

Dans notre seconde observation, la tuberculose péritonéale a revêtu tous les caractères d'une appendicite aiguë.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, journalière, qui était entrée en mars 1896, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dalché pour des accidents péritonéaux graves, qui paraissaient d'origine appendiculaire.

Le 27 mars, notre collègue voulait bien nous la montrer. Très pâle, les traits tirés, elle se présentait alors sous un aspect général des plus nquiétants. L'affection avait débuté brusquement, quatre ou cinq jours auparavant, par des douleurs et des vomissements, et il était impossible de rien retrouver de notable dans l'histoire antérieure de la malade, au moins telle qu'elle la racontait. Les vomissements avaient continué : ils étaient fréquents, verdâtres, sinon nettement porracés ; la constipation était opiniâtre, sans qu'il y eût d'arrêt stercoral proprement dit ; de fait, les émissions gazeuses persistaient et les lavements ramenaient quelques matières durcies.

Quand je vis la malade, elle paraissait en pleine péritonite ; le ventre était très ballonné, douloureux sur toute sa surface, mais surtout dans la fosse iliaque droite, où la palpation, que cette douleur rendait, du reste, fort malaisée, décelait une sorte de masse profonde, mal dessinée, mais dont la consistance paraissait trancher avec la tension des régions limitrophes. La langue était sèche, le pouls à 120, petit, la température de 38°,5, le facies très-mauvais.

Le diagnostic d'appendicite compliquée de péritonite généralisée nous sembla s'imposer, et notre pronostic fut des plus réservés. Toutefois, une intervention était urgente. Elle fut pratiquée quelques heures plus tard, dans l'après-midi.

Sous l'éther, la masse que l'on sentait dans la fosse iliaque droite ne devint pas plus nette, mais on y retrouva une tension plus grande, et peut-être une vague fluctuation ; en somme, la sensation était celle que l'on a souvent lors d'appendicite sans foyer circoncrit.

Je fis l'incision iliaque ordinaire : les différentes couches de la paroi se montrèrent avec leur aspect normal ; le péritoine incisé, il ne s'écoula aucune espèce de liquide, et j'arrivai tout de suite sur le cæcum et l'appendice. Ce dernier était recouvert et entouré d'une série de granulations miliaires, qui me firent penser immédiatemet à la tuberculose. Sur le cæcum, amené au dehors, je constatai le même semis granuleux ; et l'épiploon, attiré à son tour, en était lui-même couvert. Le diagnostic de granulie péritonéale me parut dès lors évident, et je me contentai d'exciser un petit fragment d'épiploon, pour l'examen microscopique. La plaie fut refermée, suivant le mode ordinaire.

Je m'attendais à voir succomber la malade, et c'était sans grand espoir que je lui fis faire d'abondantes injections sous-cutanées de sérum artificiel, Pourtant, le lendemain, je la retrouvais dans une situation plutôt meilleure : elle n'avait que très peu vomi, la température restait à 38 degrés, le pouls était meilleur.

Cette atténuation des accidents se poursuivit et s'accentua les jours

suivants, l'appétit reparut, les douleurs cessèrent en grande partie, le faciès redevint presque bon. La plaie iliaque s'était réunie sans incident.

Dans le mois qui suivit, quelques poussées nouvelles se reproduisirent, se traduisant par une ascension thermique et quelques vomissements. Puis le calme se fit, et, au bout de trois mois, l'amélioration était assez notable, pour que la malade pût quitter l'hôpital.

Quel qu'ait été le sort ultérieur de cette malade, il n'en est pas moins intéressant de relever que l'intervention pratiquée en pleine tuberculose aiguë du péritoine, a été suivie d'une atténuation rapide des accidents.

Or, je ferai remarquer, que, chez l'un et l'autre malade, l'opération s'est bornée à l'ouverture du ventre et à une exploration intra-abdominale rapide : il s'agissait de péritonites presque sèches, et la quantité de liquide évacuée a été presque nulle.

Je me contente de noter le fait, sans entrer dans des considérations pathogéniques, qui n'auraient encore qu'une base fort précaire. J'ajouterai seulement que, dans les formes communes de la péritonite tuberculeuse, dans la forme ascitique en particulier, l'intervention la plus simple est aussi celle qui paraît donner les meilleurs résultats.

M. Poirier. — Nous ne comptons plus les cas de péritonite tuberculeuse améliorés ou guéris par l'ouverture du péritoine. A l'appui de ce que vient de dire M. Lejars, je rapporterai l'histoire d'un malade qui entra l'an dernier (3 juin) dans mon service d'Ivry, présentant, avec une tumeur de la région cæcale, des signes non douteux de péritonite chronique généralisée; je portai le diagnostic : péritonite tuberculeuse d'origine cæcale. Un traitement général combiné à des applications locales d'icthyol améliora ce malade; puis, la fièvre s'éleva à 39°,5 et 39°,7 chaque soir, en même temps que s'établissait une constipation opiniâtre. Craignant l'arrêt absolu des matières, j'intervins : une incision iliaque droite me permit de découvrir le cæcum enfoui sous des couches épiploïques présentant des granulations tuberculeuses de volumes divers; je libérai de mon mieux le cæcum et la partie terminale de l'iléon; il me fut impossible de dégager l'appendice de masses tuberculeuses qui l'enserraient; au cours de ces manœuvres, j'ouvris assez largement la grande cavité péritonéale; ses parois et l'intestin présentaient un semis abondant de granulations tuberculeuses; je plaçai un drain et ne fis point de lavages. Les résultats de cette intervention parurent d'abord négatifs : la température resta à 37°,8 le matin, et aux environs de 39 degrés le soir; cependant les garde-robes étaient plus faciles. Sept jours après l'opéra-

tion, une fistule cæcale s'établit spontanément. A partir de ce jour, la température ne dépassa plus 38 degrés, et l'état général s'améliora à ce point que le malade put quitter le service deux mois après pour retourner dans son pays. A ce moment, le ventre était redevenu souple et la tumeur cæcale avait diminué. Or, ce malade vient de rentrer dans mon service pour faire fermer sa fistule cæcale; le ventre est normal, les selles sont régulières; la tumeur cæcale est réduite au volume d'une grosse noix; la péritonite tuberculeuse paraît tout à fait guérie.

M. Routier. — Je viens d'observer un cas absolument analogue à un de ceux que vient de nous rapporter notre collègue et ami Lejars.

J'étais appelé le 3 juin, par mon collègue Guinon, pour voir à Necker une femme de son service, entrée à la crèche pour des phénomènes d'embarras gastrique qui avaient débuté le 10 mai.

Le 30 mai, à l'hôpital, elle fut prise de douleurs abdominales avec vomissements d'abord bilieux, puis bientôt noirâtres, en même temps qu'elle avait une diarrhée abondante et fétide.

Le 1er juin, la douleur se fixait dans la fosse iliaque, et malgré la médication, les accidents augmentaient, de telle sorte que je fus mandé auprès d'elle le 3, pour des accidents très menaçants :

Le pouls était petit et fréquent, 120; la température, 38 degrés; le facies grippé, anxieux, le ventre était très ballonné, beaucoup plus douloureux à droite, elle signalait elle-même comme point du maximum de sa douleur, le point de Mac Burnay.

La palpation permettait seulement de se rendre compte de cette douleur et du plan musculaire très tendu, très résistant à droite.

L'utérus était mobile, indolent, rien aux annexes; cependant, sur le côté droit du petit bassin je sentais une tumeur dure allongée, immobile.

Pas de gaz, vomissements fécaloïdes à pleines cuvettes.

J'acceptai et confirmai le diagnostic d'appendicite, et portant un pronostic très grave, aggravé par cette diarrhée fétide, je proposai néanmoins l'intervention.

Laparotomie latérale le 3 juin. Écoulement d'une assez grande quantité de sérosité louche, ce que nous comparons au bouillon sale, le petit bassin en est plein.

L'appendice libre n'est pas malade : le cæcum est libre, mais l'épiploon chargé de tubercules est réséqué, la trompe très rouge a ses franges, et présente un semis de granulations, l'ovaire est sain.

La face externe du côlon ascendant est comme infiltrée de matière jaune.

Sur la face externe du petit bassin, le péritoine rouge et

épaissi recouvrait deux tumeurs allongées, qui étaient les ganglions situés à la bifurcation de l'iliaque.

J'épongeai et lavai la cavité qui n'était nullement protégée par des fausses membranes, deux drains furent placés avec deux mèches.

Les vomissements furent de suite arrêtés, l'intestin reprit ses fonctions.

Le 13 juin, la malade allait très bien, nous avions retiré les drains et les mèches.

Elle est aujourd'hui en très bon état.

C'est donc un autre cas d'occlusion intestinale par péritonite tuberculeuse aiguë ayant simulé une appendicite; l'intervention l'a sauvée, car jusque-là, tous les symptômes allaient s'aggravant et il n'en aurait pas fallu beaucoup pour amener une terminaison mortelle.

M. Bousquet. — Je tiens à vous communiquer deux faits très nets de péritonite où l'intervention a donné des résultats parfaits, chez des malades, que j'ai opérés dans les mêmes conditions que M. Routier.

La première fois, je croyais à une obstruction ou à une tumeur de l'abdomen, j'ouvris et je trouvai un péritoine granuleux et tous les signes d'une péritonite tuberculeuse, je refermai le ventre; il y a trois ans de cela et la femme continue à bien se porter.

La deuxième fois, il s'agissait d'une jeune femme mariée depuis quatre à cinq mois; elle avait une température élevée, des vomissements, un ballonnement du ventre qui me firent croire à des accidents péritonéaux dus à une salpingite par infection. Je fis la laparotomie, je trouvai deux fragments d'épiploon infiltré de granulations que je réséquai, les annexes étaient seulement un peu rouges. Je fis un lavage, j'eus l'occasion de revoir cinq à six mois après la malade, la guérison s'était maintenue.

Présentation de malades.

M. Quénu. — Je vous présente une malade que j'ai opérée pour un cancer du rectum par voie abdomino-périnéale, il y a trente-deux jours, après ligature préalable des deux artères hypogastriques. Cette malade, dont la plaie périnéale est à peu près guérie, se lève et se promène déjà depuis une semaine.

Voici la pièce qui a été enlevée chez elle : la portion d'intestin extirpée mesure 22 centimètres. La limite supérieure du cancer était à 12 centimètres de l'anus, sa limite inférieure à 6 ou 7 centimètres. Il n'existait pas de ganglions cancéreux préhypogastriques. Le rectum a été enlevé avec tout le tissu cellulo-ganglionnaire pré-sacré.

L'observation complète sera publiée prochainement lorsqu'il me sera donné de faire la communication pour laquelle je suis inscrit.

Présentation de pièces.

Hernie de l'appendice. Corps étranger et appendicite.

M. Potherat. — J'ai l'honneur de vous présenter un appendice que j'ai enlevé il y a quatre semaines, dans les conditions suivantes, qui me paraissent dignes de retenir un instant votre attention.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, vigoureux, bien portant, entré dans mon service le 19 mai dernier, demandant à être opéré d'une hernie inguinale droite survenue dans les circonstances que voici :

Dès les premières années il avait présenté une hernie inguinale à droite et à gauche, pour lesquelles il avait porté bandage jusqu'à quatorze ans. A quatorze ans, les hernies n'étant plus apparentes, le bandage est abandonné. Pendant quatre ans, tout va bien et le jeune homme se considère comme guéri. Mais, dans les derniers jours du mois d'avril dernier, voici que tout à coup, il est pris, dans la journée, au cours de son travail d'employé de commerce, d'une douleur très violente à l'aine droite; il peut à peine se tenir debout, et c'est avec les plus grandes difficultés qu'il rentre chez lui où il arrive pâle et défait. Il avait en même temps vu apparaître, là où siégeait la douleur, une boule qui diminua un peu par le repos au lit. Pendant ce repos la douleur s'atténuait, disparaissait même complètement, mais redoublait dès que le malade se levait et voulait marcher. En présence d'une pareille situation il comprit qu'il devait recourir à une opération chirurgicale.

Lorsque je l'examinai, je constatai *à gauche*, un anneau inguinal large, et une pointe légère de hernie facilement réductible. *A droite*, quand le malade est debout, on voit apparaître à l'orifice externe du canal inguinal, une boule grosse comme une noix, véritable bubonocèle, facilement réductible avec gargouillement laissant à sa place un orifice

large, mais qui reste occupé par un cordon roulant sous le doigt, douloureux, distinct du cordon spermatique, et qu'il est impossible de réduire. Je pensai qu'il s'agissait là d'une corde épiploïque adhérente.

Il n'en était rien. En effet, le sac ouvert je trouvai, non de l'épiploon, mais un long appendice vermiculaire, épais, charnu, très augmenté de volume, relié à un méso, également très épaissi, charnu, remontant dans le canal inguinal mais en même temps fixé par des adhérences inflammatoires à la paroi postérieure du sac. Le plus haut possible je séparai l'appendice de son méso; je liai, et détachai chacun d'eux séparément; enfin j'achevai la dissection du sac, et la cure radicale, comme à l'ordinaire. A gauche, je me contentai de réparer le canal inguinal pour mettre obstacle à la hernie commençante. Les suites opératoires furent aussi simples qu'à l'ordinaire, et je n'ai aucun incident à signaler.

J'examinai plus en détail cet appendice que je venais d'enlever et qui était manifestement le siège d'une inflammation ancienne subaiguë, se traduisant par l'épaississement des parois et du méso. Mais je fis alors une autre constatation. Je vis sur la partie moyenne un renflement, régulier, lisse très accusé. Je m'attendais à sentir à ce niveau un noyau dur et à trouver quelque coprolithe.

Il n'en fut rien, la consistance en ce point était la même qu'aux points voisins, et à l'incision, je vis ces parois que je vous montre: une musculeuse très épaissie, et une muqueuse plus épaissie encore, tomenteuse, et contenant un magna puriforme dont l'amas constituait cette saillie que j'avais précédemment constatée. Dans ce magna, je trouvai une paillette métallique de 2 millimètres de long, sur 1 millimètre environ de large, placée au milieu même du renflement intestinal.

Telle est l'histoire clinique et anatomique de mon malade; il me semble que l'interprétation qu'il faut en tirer est aisée. — Ce sujet était depuis sa jeunesse porteur d'une hernie facilement réductible, à droite, et à gauche. A droite, l'appendice s'engageait dans le sac herniaire, mais se réduisait facilement aussi. — A quatorze ans, la situation est la même, mais l'intestin sort peu chez cet adolescent qui ne fait pas de travaux bien durs, il se croit guéri, et pourtant, il est probable que l'appendice continue à sortir facilement et fréquemment à droite. Mais cet appendice est sain, le jeune homme ne souffre pas — jusqu'au jour où sous l'influence de la particule métallique, ou pour une autre cause, l'appendice s'enflamme, donnant lieu comme toujours à une douleur très vive. — La poussée aiguë est modérée, elle ne va pas jusqu'à la nécrobiose et à la perforation; elle s'atténue par le repos, et se transforme en une inflammation subaiguë, n'éveillant de douleurs que dans les mouvements, c'est-à-dire quand l'appendice est tiraillé, mais provoquant l'épaississement des parois, du

méso, des adhérences avec le sac, en même temps que ces altérations de la muqueuse indiquées plus haut, et la sécrétion qui en fut la conséquence.

Les faits comparables à celui-ci existent, on en a apporté ici ; mais ils ne sont pas nombreux. Je ne crois pas qu'on ait encore apporté ici une particule métallique trouvée dans un appendice. C'est pourquoi j'ai cru devoir vous apporter le fait actuel.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.





SÉANCE DU 22 JUIN 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. ANNANDALE (d'Édimbourg), qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant au titre étranger ;

3° Une lettre de M. BRUNS (de Tübingen), qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant au titre étranger.

A propos du procès-verbal.

Occlusion intestinale par torsion complète du mésentère,

par M. E. KIRMISSON

Messieurs, le rapport de M. Routier, sur les deux observations de M. Delbet, m'engage à vous communiquer un fait analogue, que j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service il y a quelques mois. Je dis analogue, et non semblable ; car il y a, comme vous le verrez, des différences essentielles, au point de vue clinique, entre les faits de M. Delbet et le mien.

L'enfant C... (Marcel), âgé de sept ans et demi, est envoyé le 11 mars dernier dans mon service à l'hôpital Trousseau, comme atteint d'occlusion intestinale. Les antécédents héréditaires de cet enfant sont nuls ;

quant à ses antécédents personnels, il a eu autrefois la rougeole et la coqueluche ; il jouit d'une bonne santé habituelle. Cependant, l'enfant ayant un très fort appétit, mange beaucoup et gloutonnement, avalant les morceaux sans les mâcher. Il en résulte des troubles gastro-intestinaux passagers et une constipation habituelle.

Il y a dix jours, le 2 mars 1898, le malade, constipé depuis quelques jours, se plaint de douleurs et de quelques vomissements alimentaires. Deux purgatifs restent sans effet : cependant, l'état gastro-intestinal se calme et l'enfant va à la selle.

Le 10 mars, les douleurs et les vomissements recommencent ; le jeune malade est constipé.

Le 11 mars, les douleurs sont beaucoup plus vives, comparées par les personnes qui approchent l'enfant aux coliques de miserere. Dans la journée, il y a du subdelirium ; la constipation est complète. L'enfant, malgré une médication énergique (deux lavements simples, cinq suppositoires, un lavement au jaune d'œuf), ne va pas à la selle et ne rend pas de gaz. Jusqu'à 10 heures du soir, le médecin qui le soigne, pense à une affection médicale. Mais, à ce moment, l'enfant a un vomissement considérable représentant plus d'une grande cuvette de matières ; celles-ci sont d'un vert porracé, avec dépôt noir qui, examiné par le médecin traitant, a la couleur et l'odeur de matières fécales. En présence de ces constatations, on envoie aussitôt le malade à l'hôpital Trousseau. Il entre, salle Denonvilliers, dans la nuit du 11 au 12 mars, à 3 heures du matin.

Le 12 mars, je le vois à la visite du matin ; il n'a pas de fièvre. Il continue à présenter des vomissements porracés ; il ne rend ni gaz, ni matières par l'anus. Le ventre n'est nullement ballonné ; il est plat, au contraire, uniformément douloureux. Le pouls est régulier, bien frappé. Rien, dans l'état général de l'enfant, ne paraît commander une intervention immédiate. Je me contente de prescrire de l'opium à l'intérieur, en alimentant l'enfant avec quelques cuillerées de lait.

Quand je le revois, le dimanche matin, 13 mars, son état s'est en apparence amélioré. L'enfant est plus calme, les vomissements sont devenus beaucoup plus rares. Le ventre est rétracté, en bateau, à tel point que nous nous demandons si nous n'avons pas affaire à quelque forme anormale de méningite. Toutefois, l'enfant n'a rendu ni gaz, ni matières ; le toucher rectal ne me fournit aucun renseignement. Je fais administrer devant moi un lavement qui ramène une quantité très notable de matières fécales. Toutefois, le diagnostic n'était pas, par cela seul, éclairé, les matières pouvant provenir du gros intestin au-dessous de l'obstacle ; l'événement l'a bien démontré.

En effet, le lundi matin 14 mars, quand je reviens près de l'enfant, je constate que la situation s'est beaucoup aggravée. Depuis la veille, à midi, les vomissements sont redevenus beaucoup plus abondants ; la nuit a été très agitée. Le matin, les traits sont tirés, le facies est nettement péritonéal, le pouls est petit, mou, filant sous le doigt ; l'enfant n'a toujours rendu ni gaz, ni matières ; le ventre est absolument rétracté, en bateau. Dans ces conditions, l'intervention chirurgicale

s'impose. Je fais immédiatement porter l'enfant dans la salle d'opérations.

Après chloroformisation, je fais sur la ligne médiane une laparotomie. Une incision de 12 centimètres environ est pratiquée, un tiers au-dessus, deux tiers au-dessous de l'ombilic. On tombe sur l'épiploon qu'on écarte facilement, en le refoulant en haut et à gauche. L'intestin grêle est rétracté ; on le dévide, à deux reprises différentes, depuis le cæcum qui est rempli de matières jusqu'au duodénum, ou du moins, jusqu'à un point qui, vu sa fixité et ses rapports, est pris pour la première partie de l'intestin grêle, sans rien trouver d'anormal. Toutefois, deux particularités me frappèrent au cours de l'opération ; c'est d'abord la distension de la veine mésaraïque inférieure, dont je ne m'expliquais pas le mécanisme ; ensuite, c'est l'existence d'une bride saillante ou plutôt d'un repli mésentérique croisant cette partie de l'intestin, que je croyais être le duodénum. En présence de cette disposition, j'eus un instant l'intuition qu'il s'agissait d'une torsion complète du mésentère ; malheureusement, je ne poursuivis pas mon idée ; mes élèves m'insinuèrent que ce repli mésentérique que je voyais, n'était autre chose que le muscle de Treitz. Bref, je refermai le ventre, mécontent de mon opération, et me doutant bien que j'avais affaire à quelque disposition spéciale qui m'avait échappé.

En effet, replacé dans son lit, l'enfant continua à vomir ; il eut, immédiatement après l'opération, une crise nerveuse violente, marquée par des cris et des vomissements. A 5 heures du soir, il tomba dans un grand abattement, la température s'éleva subitement à 40°,8, et, à 6 heures, le malade succombait.

L'autopsie, faite le 16 mars par mon chef de laboratoire, M. le Dr Küss, vint nous donner la clef des accidents : à l'incision de l'abdomen, on constate que le péritoine est absolument sain ; il ne renferme pas d'exsudat, ne présente pas de trace d'inflammation, sauf au niveau de la suture, qui est le siège d'une vascularisation légère. L'intestin en masse est complètement rétracté ; le foie n'est pas gros ; le cæcum renferme quelques matières ; l'appendice est intact. Tout d'abord il semble, à l'autopsie, comme il avait semblé pendant l'opération, que l'intestin présente la disposition normale, et l'on ne s'explique pas la pathogénie des accidents.

C'est seulement après une large ouverture, allant de la poignée du sternum à la symphyse, et après ablation du plastron thoracique, que l'intestin peut être examiné en détail. En essayant de dérouler ses anses, on est arrêté, au niveau de l'angle duodéno-jéjunal par un obstacle. Le paquet intestinal étant déjeté en haut et à droite, on reconnaît que l'obstacle provient d'une torsion complète du mésentère autour de son insertion. Cette torsion complète de gauche à droite disparaît par un mouvement en sens inverse dans lequel on fait décrire à la masse intestinale une circonférence tout entière, soit 360°.

Le duodénum très distendu, puisqu'il se trouve au-dessus du point de torsion, embrasse en boucle le côlon ascendant, et, de ce fait, aplatit complètement son calibre. Il va se continuer avec le jéjunum

qui passe également au-dessous du côlon. Juste au-dessous du duodénum, la disposition des parties figure donc une croix, dont la branche verticale, qui passe en avant, est représentée par le côlon, et la branche horizontale par le jéjunum.

Des sondes flexibles introduites dans les diverses anses confirment ces dispositions. Il existe une dilatation énorme des veines mésaraïques.

Telle est, Messieurs, cette observation que je me proposais de vous communiquer, et qu'il est utile de rapprocher des faits curieux qui vous ont été présentés par notre collègue M. Delbet. Toutefois, mon observation personnelle diffère grandement au point de vue clinique de celles de M. Delbet. L'auteur insiste, en effet, beaucoup, dans ses deux cas, sur l'énorme distension du ventre. Chez mon petit malade, au contraire, le ventre était aplati, rétracté, en bateau, comme dans la méningite. Cette circonstance était de nature à tenir en suspens le diagnostic ; aussi ai-je conservé pendant quarante-huit heures l'enfant en observation, et ne me suis-je décidé à intervenir que quand le diagnostic d'étranglement m'a paru évident. Cette même rétraction du ventre est cause de l'erreur dans laquelle je suis tombé au cours de l'opération. Elle me donnait à croire, en effet, que l'obstacle siégeait très haut, à peu de distance au-dessous de l'estomac ; aussi ai-je fait mon incision, mi-partie au-dessus, mi partie au-dessous de l'ombilic. J'ai donc fait porter mes recherches uniquement sur l'intestin grêle, et, arrivé à son extrémité supérieure, j'ai pris pour le duodénum cette partie fixe qui n'était autre chose que le jéjunum s'engageant au-dessous du gros intestin. Si j'avais fait porter mes recherches sur le côlon luimême, je n'aurais pas tardé à rencontrer le duodénum qui le croise et j'aurais reconnu la véritable nature des accidents. Serais-je parvenu à détruire entièrement cette torsion complète? je l'ignore. Quoi qu'il en soit, je me suis fait un devoir de communiquer ce fait qui m'a douloureusement impressionné, espérant que sa connaissance pourra dans l'avenir faire éviter aux chirurgiens une erreur semblable à la mienne.

M. Reynier. — Ces torsions du mésentère ne sont pas des lésions inconnues, comme sembleraient le croire M. Delbet et son rapporteur, M. Routier.

Dans le dictionnaire en 30 à l'article « Volvulus », M. Raige-Delorme signale ces étranglements par torsion, et les décrit d'après un travail de Rokitansky (de Vienne), travail qui parut dans le *Medicinische Iahrbucher des Ost. Sc.*, XIX, Band IV, 1836,

et dont on trouve l'analyse dans les *Archives de médecine*, t. XIV (1837, p. 202), et dans le *British and Foreign Review* (1837, n° 6, April).

Dans ce travail, Rokitansky consacre un paragraphe aux étranglements rotatoires, parce qu'ils consistent « dans la rotation d'une partie autour d'un axe formé par une autre partie ». Ces étranglements offrent plusieurs variétés, parmi lesquelles l'auteur distingue celle où la « rotation se fait autour d'un axe formé par le mésentère ».

Il nous donne à l'appui une observation dans laquelle, à l'autopsie, il a pu constater cette torsion très nettement :

« Le mésentère, nous dit-il, plissé et complètement tordu sur lui-même, formait une sorte d'axe de quatre pouces et demi de longueur et d'un pouce et demi d'épaisseur, autour duquel venait s'enrouler l'intestin grêle. A partir du duodénum, l'intestin grêle descendait sur la fosse iliaque droite, et se tordant sur lui-même devant la colonne vertébrale, faisait deux circuits autour de l'axe formé par le mésentère. Celui-ci, par le moyen des circonvolutions auxquelles il demeurait attaché, comprimait la portion de l'intestin située derrière lui. La dernière portion de l'iléon, fortement comprimée, avait à peine un diamètre de la largeur du doigt. Ses membranes étaient décolorées, molles et friables. »

Cette description se rapproche beaucoup, comme on le voit, de celle que nous a donnée, avec tant de détails, M. Delbet.

Et, comme lui, il accuse la grande laxité de certains mésentères d'être la cause de ces torsions.

Ces faits, d'ailleurs, ne sont peut-être pas si rares qu'on pourrait le croire.

Dans mon service, j'en ai observé et bien nettement constaté 2 cas. Une des observations de M. Delbet se rapporte encore à un malade de mon service. Ce qui fait que, dans le même service, nous trouvons trois cas de ces torsions du mésentère dans l'espace de six ans.

Ma première observation se rapporte à une malade qui, entrée dans ma salle à l'hôpital Tenon, fut opérée par mon assistant et ami, M. le Dr Isch-wall, avec l'aide de mes internes d'alors, MM. Danseux et Houzé. Il fit une laparotomie pour des symptômes d'occlusion et trouva une torsion du mésentère qu'il détruisit après avoir été obligé de retirer toute la masse intestinale hors du ventre pour faire cette détorsion. La malade, opérée tardivement, mourut. En 1896, j'observai le 2e cas de torsion du mésentère à Lariboisière. Il s'agissait, dans ce cas, d'une femme de cinquante ans, qu'on amena dans mon service quatre jours après le début des accidents. Cette femme, à son entrée, avait un

ballonnement du ventre modéré, peu de vomissements, et je crus tout d'abord à une occlusion par néoplasme devant siéger sur le gros intestin : je perdis du temps à faire donner des lavements électriques, à mettre de la glace sur le ventre, mais l'état général s'aggravant et le ballonnement augmentant, j'opérai vers le septième jour avec l'aide du Dr Isch-wall ; le ventre étant ouvert, je trouvai un aplatissement du gros intestin, les anses intestinales distendues et, en allant à la recherche de la cause de l'obstruction, je sentis dans la fosse iliaque, du côté droit, une bride, sous laquelle s'engageait toute la masse intestinale. Je crus, comme dans le cas de M. Delbet, à une hernie rétropéritonéale, et c'est en amenant à moi cette bride que je reconnus la torsion du mésentère qui se faisait de droite à gauche. Il fallut sortir toute la masse de l'intestin grêle du ventre pour arriver à faire la détorsion, les intestins étant pris dans une serviette. J'insiste sur ces manœuvres nécessaires auxquelles M. Delbet a dû aussi avoir recours et qui aggravent évidemment le pronostic opératoire.

Je ferai également remarquer que, dans mon cas, les veines etaient gorgées de sang noir et que, dans cette torsion, la circulation mésentérique paraissait très gênée ; l'intestin très distendu et couleur lie de vin, et le mésentère gorgé de sang noir faisaient craindre le sphacèle. Cette gêne de la circulation doit encore entrer en ligne de compte dans la gravité du pronostic.

M. Ch. Monod. — Les deux faits que nous a communiqués M. Delbet m'ont remis en mémoire un cas observé par moi il y a quelques années, dont l'interprétation me parut sur le moment difficile et qui, à la réflexion, me semble devoir être mis à côté des siens.

Ayant pris le jour même, comme j'ai l'habitude de le faire, une note assez étendue sur l'opération que je venais de pratiquer, je puis résumer cette observation avec des détails suffisants pour vous permettre d'apprécier la valeur de ce rapprochement.

J'étais appelé aux environs de Paris, le 1er avril 1893, auprès d'une jeune fille de quinze ans, atteinte depuis cinq jours d'obstruction intestinale. On ne s'était pas tout d'abord inquiété de son état : la constipation étant chez elle habituelle, on supposa qu'il ne s'agissait que d'une crise passagère dont les purgatifs triompheraient. Ceux-ci furent donnés avec persévérance, mais sans succès. Comme, de plus, le ventre commençait à se distendre, on songea à une intervention plus active.

Lorsque je vis la malade le 1er avril, dans la matinée du sixième jour après le début des accidents, le ballonnement du ventre était notable,

mais présentait ce caractère particulier d'être plus considérable au centre qu'à la périphérie; l'impression était que l'intestin grêle était distendu, tandis que le gros intestin ne l'était que peu ou point.

Aucun gaz n'était rendu par l'anus, mais la malade ne vomissait pas. Le facies n'était pas péritonitique; le pouls un peu fréquent, mais bon; la température s'élevait à 38 degrés.

La malade se plaignait surtout de vives souffrances siégeant dans la région des reins. Ce n'était pas les coliques du *miserere*, mais une douleur contusive, violente, à la partie inférieure du dos.

Diverses circonstances firent que je ne pus agir de suite. L'opération n'eut lieu que dans la soirée du même jour.

Le ballonnement avait augmenté; le pouls était plus fréquent; la température montait à 39 degrés. Il n'y avait toujours pas de vomissements. Les douleurs restaient très vives.

Je fis, sur la malade endormie, une incision médiane, sous-ombilicale. La section du péritoine fut délicate, en raison de l'extrême distension de l'intestin, appliqué contre la paroi abdominale, sans aucune interposition de liquide.

Le ventre ouvert, l'intestin se présenta sous forme d'une énorme masse arrondie, tendue à se rompre, d'un noir verdâtre, qui, au premier abord, aurait pu être prise pour une poche kystique. Mais la sonorité de cette masse à la percussion, l'existence d'autres anses intestinales voisines plongeant dans le petit bassin, montrèrent vite à quoi l'on avait affaire.

Agrandissant l'incision, faite tout d'abord un peu courte, et laissant sortir une partie des anses distendues, je me mis à la recherche de l'obstacle, bride ou tumeur, cause de l'étranglement.

Cette exploration resta négative. Une assez notable quantité de liquide sortit du ventre pendant ces manœuvres. En même temps, les anses intestinales s'échappaient au dehors, de plus en plus nombreuses. Elles sont difficiles à contenir, et tellement tendues, qu'on craint de les voir se rompre. Leur volume entrave les recherches; pour rendre celles-ci possibles, il faut absolument obtenir l'affaissement de l'intestin. J'y parvins à l'aide d'une ponction qui donna issue à une grande quantité de gaz sans liquide.

La masse diminua aussitôt considérablement de volume. Je pus alors me rendre compte de deux faits : le premier, que l'intestin grêle était seul distendu; le second, qu'il était tordu sur son insertion mésentérique, et que cette torsion devait très vraisemblablement être la cause de l'obstacle apporté à la progression des matières. La torsion me parut s'être faite de droite à gauche, dans le sens des aiguilles d'une montre. Imprimant au paquet que j'avais en main un mouvement en sens inverse, il me sembla que le mésentère reprenait sa direction normale.

J'aperçus à ce moment à la partie supérieure du ventre une petite portion d'intestin grêle, rouge, affaissée, seule partie qui eût échappé à la distension générale, et qui devait, d'après ce qu'a observé M. Delbet, correspondre au jéjunum. Je ne retrouve rien dans mes notes sur l'état de l'intestin au niveau de son abouchement dans le cæcum. Aussi ne

puis-je affirmer que la torsion portait sur la totalité de l'intestin grêle; mais je crois qu'on peut considérer la chose comme probable.

Je ne me faisais aucune illusion sur le résultat final. Non seulement en effet, l'intestin détordu conservait sa couleur noir verdâtre, mais il était en outre le siège de lésions manifestes, résultant d'un étranglement qui durait, je le rappelle, de cinq à six jours : la séreuse à sa surface n'était pas seulement dépolie, mais creusée de véritables ulcérations, les unes superficielles, les autres plus profondes, sans qu'aucune cependant fût perforante.

La jeune malade s'éteignait le lendemain à midi. Le seul bénéfice tiré de l'opération fut la suppression absolue des souffrances, et par suite une sorte de bien-être contrastant avec l'agitation douloureuse de la veille. J'ajoute que la circulation intra-intestinale s'était immédiatement rétablie; des gaz étaient sortis par l'anus : preuve que l'obstacle résidait bien dans la torsion qui avait été constatée, et que cet obstacle avait été levé.

Je conservais cette observation dans mes cartons, comme un exemple d'énorme volvulus de l'intestin grêle, dont je ne m'expliquais pas bien le mécanisme. Ce mécanisme, pas plus que M. Delbet, je ne m'en rends compte aujourd'hui. Mais éclairé par la lecture de ses deux observations, je crois, sans pouvoir en donner la preuve, que comme dans ses cas, je me suis trouvé en présence d'une torsion de la totalité de l'intestin grêle sur son attache mésentérique.

Cette torsion était visible. J'ai dit, au reste, que j'avais pu facilement détordre le mésentère et remettre les choses en place. J'ajoute que les lésions constatées étaient de celles que peut produire une entrave apportée à la circulation sanguine dans les parois de l'intestin : la coloration verdâtre des anses distendues, les ulcérations dont la séreuse était le siège, la transsudation de liquide qui s'était produite dans le péritoine, parlaient du moins en ce sens

Je note au point de vue du diagnostic possible de cette variété rare d'occlusion : la forme de ballonnement du ventre, qui, tout en étant considérable, paraissait dépendre d'une distension de l'intestin grêle, plutôt que du gros intestin; l'absence de vomissements, que je ne cherche pas à expliquer, mais qui est peut-être en relation avec l'impossibilité du reflux du contenu intestinal dans l'estomac; enfin les vives douleurs accusées par la malade, siégeant en arrière dans la région des reins, bien différentes des coliques de l'étranglement interne.

J'ai à peine besoin d'insister, en terminant, sur l'urgence, en pareil cas, d'une intervention chirurgicale. Si elle avait, dans le

cas que je viens de rapporter, pu être plus prompte, peut-être ma jeune malade eût-elle été sauvée.

M. Routier. — Dans les 2 cas étudiés par M. Delbet, qui m'ont paru très intéressants, il y a des faits mis en lumière par celui-ci qu'on ne retrouve pas ailleurs. Toutes les torsions se font de droite à gauche, dans le sens des aiguilles d'une montre ; de plus le retrécissement siège en deux endroits. Personne n'a parlé de l'état de l'anse cœcale ; et M. Delbet a signalé ce fait, qu'elle est aplatie et fixée ; vous avez par contre parlé, il est vrai, de l'anse duodénale. Cette double obstruction transforme la masse intestinale en une sorte de double hernie ; d'où ballonnement considérable et distension énorme de l'intestin grêle que M. Kirmisson a passés sous silence.

Dans le cas de M. Kirmisson, la torsion n'a pas eu lieu dans le sens des aiguilles d'une montre, mais en sens inverse ; quant à la disposition qu'occupe l'intestin dans l'étranglement, j'avoue ne l'avoir pas très bien comprise. Ce cas n'est d'ailleurs pas superposable à celui de M. Delbet ; car le ventre était rétracté en bateau au lieu d'être ballonné, et l'anse cæcale n'était pas bridée. Aussi, s'il y a eu occlusion par torsion du mésentère, ce n'est pas par une torsion du même ordre.

Je regrette que M. Reynier, après un si bon historique de la question, qui m'avait, je l'avoue, échappé, n'ait pas insisté davantage sur la symptomatologie.

Quant à cette tendance à la gangrène dont parle M. Reynier, M. Delbet ne l'a nullement remarquée, loin de là, puisqu'il a pu faire une entéro-anastomose. Aussi, je crois que l'on n'a pas ici affaire à des hernies à sphacèle rapide, comme la hernie crurale, par exemple ; on a bien une distension de l'intestin, mais sans sphacèle rapide. Il n'en est pas moins vrai que plus vite on peut intervenir, mieux cela vaut. Peut-être M. Monod aurait eu des chances de sauver sa malade, si l'opération avait pu être pratiquée moins tardivement.

M. Kirmisson. — M. Routier nous dit que ce n'est pas comme cela que les choses doivent se passer dans une occlusion par torsion du mésentère ; je ferai remarquer que cette affection n'est pas décrite comme la luxation du coude par exemple, de telle façon qu'on la connaisse parfaitement. Ces faits ne sont pas monnaie courante. C'est à tort que l'on veut en donner une description schématique. Ici, on a affaire à une torsion, et non à une hernie, il n'y avait

rien du côté du cæcum, et tout s'est passé en haut. Il ne faut donc pas dire que c'est un fait dissemblable des faits habituels. Si M. Delbet a trouvé du ballonnement, je n'en ai pas eu dans mon cas. Ce que j'ai observé cliniquement est donc différent de ce qu'il a eu devant les yeux ; mais je persiste cependant à dire que j'ai eu affaire néanmoins comme lui, à une torsion du mésentère.

M. Reynier. — Je suis de l'avis de M. Routier, quand il croit que l'observation de M. Kirmisson n'est pas comparable à celles que nous a présentées M. Delbet ou à celles que M. Monod et moi venons de publier. Dans nos cas, nous avions affaire simplement à une torsion du mésentère sur son axe. Dans le cas au contraire de M. Kirmisson et sur la figure qu'il nous a présentée, on voit un enroulement de l'intestin autour de l'intestin. Or, dans le travail de Rokitansky auquel j'ai fait allusion, ces faits là sont également classés dans ce qu'il appelle les étranglements rotatoires; il distingue en effet trois variétés : 1° la rotation d'une partie de l'intestin autour de son axe propre ; 2° la rotation autour d'un axe formé par le mésentère; 3° celle dans laquelle une partie de l'intestin forme l'axe autour duquel s'enroule une autre partie de l'intestin. Les faits de M. Monod et les miens se rattachent à la deuxième variété et celui de M. Kirmisson à la troisième. Il n'est donc pas étonnant qu'il ait eu des symptômes différents de ceux que nous avons eus dans nos observations, qui entre elles étaient, comme le fait remarquer M. Routier, comparables au point de vue anatomique et au point de vue clinique.

Quant à la question du sphacèle, je ne puis que répéter ce qui m'a frappé : j'ai trouvé des veines gorgées de sang noir, et un aspect de l'intestin et de l'épiploon, qui sentait la tendance au sphacèle, et que j'ai compris parfaitement, quand j'ai vu qu'au niveau de la torsion, les feuillets du mésentère étaient adhérents et qu'il y avait là une compression des vaisseaux, le tout comparable à ce que nous voyons dans la torsion des kystes de l'ovaire, dans lesquels nous savons que la circulation est gênée, mais il n'y a là qu'une gêne de la circulation qui peut être plus ou moins considérable, suivant que la torsion est plus ou moins forte.

Chirurgie du cholédoque,

par M. P. MICHAUX.

Dans la très intéressante communication qu'il nous a faite, notre collègue Quénu est venu apporter de nouveaux faits à l'appui de la cholédocotomie sans sutures, qu'il avait déjà défendue devant vous.

Je ne pense pas que cette manière de faire doive être érigée en principe, et voici les faits personnels sur lesquels je m'appuie, me trouvant ainsi absolument d'accord sur ce point avec mon collègue et ami Schwartz.

J'ai fait quatre fois l'ouverture du canal cholédoque; pour m'en tenir strictement au point opératoire soulevé par notre collègue, j'ai toujours pu faire la suture du canal, j'ai appliqué sans trop de difficultés de six à dix points de suture, et même dans ma dernière observation que je vais vous communiquer en détail, j'ai pu appliquer seize points de suture sur une incision de 5 centimètres de long, et pu recouvrir toute ma ligne de suture d'un second plan en surjet.

La suture est donc souvent possible, voilà ma première conclusion.

J'ajouterai qu'elle donne de bons résultats : sur mes quatre observations, trois malades ont guéri sans aucun écoulement biliaire, une a eu un léger écoulement biliaire qui a duré quinze jours, et a d'ailleurs parfaitement guéri.

De ces faits et de ceux qui ont été apportés ici, je conclus que la suture du cholédoque ne doit pas être proscrite. Je crois, au contraire, qu'il faut la faire toutes les fois qu'elle est possible et facile sans trop augmenter l'intensité du choc et la durée de l'opération ; quand on prévoit des difficultés, quand le cholédoque est profond, mais dans ces cas seulement, je suis absolument d'accord avec M. Quénu, il ne faut pas hésiter à laisser sans suture la plaie béante du canal cholédoque.

L'observation ci-dessous vient à l'appui des bons résultats que peut donner, dans des conditions inverses, la suture du cholédoque :

Mme G..., âgée de soixante ans, entre le 11 juin 1898, à l'hôpital Broussais, salle Broca, n° 31.

Cette malade est venue me consulter à Broussais pour des accidents de lithiase biliaire, dont le début remonte au milieu du mois de juin 1896.

Deux mots d'abord sur ses antécédents pathologiques: ni dothiénen-

térie, ni aucune infection intestinale antérieure dont la malade ait gardé le souvenir. Je signalerai cinq grossesses normales ; au cours de la dernière (1875), la malade eut par deux fois des crises gastralgiques douloureuses assez semblables aux crises pseudo-gastralgiques de colique hépatique dont elle fut atteinte dans la suite.

Au mois de juin 1896, pour la première fois, durant une semaine, la malade accuse des douleurs très violentes, revenant par crises, dont l'intensité maxima siégeait au creux épigastrique ; ces douleurs ne furent accompagnées ni de nausées, ni de vomissements. Dans les jours qui suivirent, un peu de subictère sclérotical apparut, mais sans décoloration des matières ni teinte foncée des urines. Bien que le médecin, mandé à cette époque, n'ait songé qu'à des troubles dyspeptiques, les troubles que nous signalons marquent le prélude des accidents ultérieurs plus francs et plus classiques de lithiase biliaire.

L'année suivante (janvier-février 1897), seconde crise, calquée point pour point sur la précédente.

A partir du mois de novembre dernier (1897), la malade souffre continuellement dans la région de l'hypochondre droit ; à ces douleurs s'associent un état de malaise général, de l'anorexie, des nausées, enfin une teinte subictérique des téguments avec légère décoloration des fèces. Au mois de décembre, la malade constate, dans la région du flanc droit, la présence d'une tumeur dure non douloureuse et du volume d'une noix : c'était la vésicule biliaire.

En janvier 1898, pour la première fois, grande crise classique de colique hépatique ; vers la fin de mars, la malade retrouve dans ses matières un gros calcul biliaire du volume d'une noisette.

Le 14 mai 1898 (quatre mois après), deuxième crise de colique hépatique accompagnée d'accidents d'angiocholite calculeuse : elle eut en effet des accès de fièvre, caractérisés par un frisson initial violent suivi d'un stade de chaleur, ces accès reparaissant tous les deux jours.

Depuis cette époque, l'ictère est devenu permanent, l'amaigrissement est considérable ; les urines ont une teinte acajou et les matières sont légèrement décolorées.

C'est en cet état que la malade m'est adressée, le 11 juin 1898, par mon excellent maître M. Léon Labbé.

Dès son arrivée, la malade est mise au repos au lit ; régime lacté absolu. Calomel à l'intérieur. Lavements froids. Sa température est prise toutes les deux heures et dès le surlendemain 13 juin, nous constatons qu'elle a eu un accès de fièvre rémittente bilioseptique avec frisson, stade de chaleur. Température à 38°,5, mais dont la durée fut courte (sept heures à peine).

Examen de la malade. — Le ventre est souple, non ballonné ni douloureux. Le foie remonte à quatre travers de doigt au-dessus du rebord inférieur des fausses côtes et descend à 3 centimètres au-dessous.

Le fond de la vésicule biliaire est sensible à la palpation et douloureux ; on sent avec une facilité extrême, une tumeur du volume d'une noix, excessivement dure, que la minceur de la paroi abdominale permet de délimiter exactement. Cette tumeur siège à l'intersection de deux lignes :

une horizontale, passant par l'ombilic, une verticale, passant par la ligne axillaire, à trois travers de doigt au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes. Malgré l'âge et l'état de fatigue de la malade, l'intervention s'impose.

Le 16 juin 1898, je fais la laparotomie sur le bord externe du muscle droit. Le péritoine étant incisé, un écarteur supérieur relève en haut le bord inférieur du foie, tandis qu'un second écarte la lèvre droite de l'incision cutanée. On aperçoit de suite la vésicule biliaire bilobée, nettement sensible à la palpation, contenant des calculs. La vésicule biliaire facilement décollée de la face inférieure du foie, et attirée par la main gauche comme j'ai conseillé de le faire, je procède à l'exploration du canal cystique, puis du canal hépatique, enfin du canal cholédoque qui renferme un très volumineux calcul, que je reconnais immédiatement et que j'amène de suite sous mes yeux.

Un petit coup de doigt permet d'abaisser l'angle du duodénum; le doigt de la main gauche soulevant le calcul, je fais très facilement une incision de cinq centimètres sur la paroi antérieure du canal cholédoque, énormément dilaté. Extraction du calcul qui mesure 4 centimètres de hauteur et 3 centimètres de largeur.

Suture des parois du canal par seize points, à la soie, séparés l'un de l'autre par une distance de 2 millimètres; un second plan en surjet est destiné à consolider ces sutures; le tout est fait très facilement, tout à fait à portée et sans présenter la moindre difficulté.

Je fais suivre cette cholédocotomie d'une cholécystectomie. Un drain est placé sur le pédicule du canal cystique énergiquement cautérisé au thermo-cautère et fortement lié par deux grosses soies; ce drain est tapissé de mèches iodoformées (présentation de la vésicule contenant un liquide épais, blanchâtre, crémeux et deux gros calculs).

Les suites opératoires sont jusqu'à présent très satisfaisantes, comme le montre la feuille de température que voici. La température n'a pas dépassé 37°,4, le pouls toujours à 100.

Le 18 juin, quelques vomissements actuellement arrêtés, mais aucun suintement de bile par la plaie.

Le 22 juin, le drain est retiré, qui n'est nullement souillé de pus. L'état général s'améliore chaque jour, les matières sont colorées, la malade est déjaunie. J'espère bien obtenir un complet résultat sans aucun écoulement de bile.

Hématocèle périutérine. Incision du cul-de-sac postérieur, persistance des accidents hémorrhagiques. Laparotomie secondaire. Guérison,

par M. POTHERAT.

Je n'ai nullement l'intention de rouvrir la brillante discussion qui s'est élevée au sein de cette Société, il y a deux ans, à la suite de la présentation de 3 cas personnels qui ont servi de

base à un rapport très important de M. Picqué, discussion ayant en vue la pathogénie et surtout le traitement de l'hématocèle périutérine. Sans doute, au milieu des opinions exprimées à cette tribune, des divergences se sont produites, qui, pour n'être pas capitales, ont été assez importantes pour qu'il ne soit pas téméraire d'affirmer qu'un jour ou l'autre le débat s'engagera à nouveau. C'est seulement en vue de ce débat futur, et pour y verser, par avance, un document, que je vous apporte un fait particulier qui me paraît présenter un réel intérêt, et que j'ai tenu à produire dès maintenant parce qu'il est encore récent et que tous les détails en sont très présents à mon esprit. Voici ce fait :

Au mois de décembre dernier, alors que je remplaçais à Saint-Louis notre collègue M. Marchand, on m'amena une jeune femme de vingt-sept ans, paraissant souffrir beaucoup, dans un état de faiblesse extrême et présentant ce facies spécial, caractéristique des anémies aiguës, dues à une hémorrhagie abondante ou répétée. Cette femme me raconta l'histoire suivante : réglée facilement à seize ans, elle s'était mariée à vingt ans, était devenue rapidement enceinte, était accouchée à terme et normalement à vingt et un ans, avait eu des suites régulières de couches, bref n'avait eu aucune affection des organes génitaux et était restée constamment bien réglée jusque et y compris le mois d'octobre précédent. — Je rappelle que nous étions en décembre 1897. — En novembre, l'époque menstruelle fait défaut; je dois dire que dès le mois d'octobre, il était survenu quelques troubles gastro-intestinaux, avec nausées, s'accompagnant d'une certaine sensation de tension des seins. Aussi la malade avait-elle pu se demander si elle ne commençait pas une grossesse. Mais le 1er novembre, à la suite d'un éternuement violent, elle avait ressenti tout à coup, dans le ventre, une douleur très intense, syncopale. Cette douleur s'atténua au bout de quelques heures sans disparaître complètement. Dès le 4 novembre, la malade commence à perdre par le vagin un peu d'eau rousse d'abord, du sang ensuite; puis bientôt elle a une véritable perte, qui cesse assez facilement par le repos au lit. Cette perte, se renouvelle très abondamment les 11, 22, et 30 novembre, en même temps que se produisent des douleurs constrictives, « comme pour accoucher », violentes au point d'arracher des cris à la malade; douleurs s'accompagnant de ténesme vésical. D'ailleurs ces douleurs se font sentir principalement dans le bas-ventre et vers le fondement. La défécation les accroît considérablement; une fois ou deux, celle-ci s'était accompagnée de lipothymie. Un médecin appelé déclare qu'il croit à une fausse-couche imminente, et jugeant qu'il ne peut maintenant l'empêcher, il s'efforce de la hâter pour délivrer la malade de ses souffrances ; et dans ce but, sans doute, il conseille des bains, la marche. Mais les douleurs, et l'état général, rendent impossible la station debout. La situation s'aggrave et, le 2 décembre, la malade entre à l'hôpital où je l'examine. Je ne reviendrai pas sur ce qui a trait à l'état général signalé plus haut, le facies exsangue, les

muqueuses décolorées, le pouls petit, fréquent, mou, une grande sensibilité au refroidissement et une extrême faiblesse. Localement, le ventre est légèrement ballonné, mais sonore presque partout. Tout en bas seulement, il y a un peu de submatité. Le palper est douloureux, partout, dans la région sous-ombilicale.

Au toucher, le col est entr'ouvert, assez ferme ; l'utérus paraît un peu gros ; il est mobilisable, mais toute impulsion qu'on lui imprime éveille des douleurs. Le cul-de-sac antérieur n'est pas explorable, l'utérus étant repoussé en avant vers le pubis. Les culs-de-sac latéraux sont effacés, douloureux. Le cul-de-sac postérieur est saillant, il bombe fortement ; très douloureux à la pression, il est rempli par une masse qui paraît se prolonger vers la droite, masse qui remonte haut dans le bassin ; masse lisse, arrondie, plus grosse qu'une tête fœtale, rénittente, et même fluctuante au sommet de la saillie vaginale. Le toucher rectal confirme ces caractères. Il s'écoule par le col utérin un peu de sang noirâtre. La température générale est au-dessous de la normale. Il n'y a pas de vomissements ; l'état nauséeux lui-même a disparu, mais l'inappétence est absolue. Les urines sont en quantité suffisante ; elles ne présentent ni albumine, ni sucre.

Je porte le diagnostic d'hématocèle périutérine, due très probablement à la rupture d'une grossesse tubaire de quatre à cinq semaines, et, désireux de faire chez cette femme extrêmement affaiblie, le minimum de traumatisme, et aussi par principe, car d'accord avec mes maîtres Bouilly et Segond, je suis partisan très ferme de cette thérapeutique, je résolus de faire l'incision large du cul-de-sac postérieur. J'y procédai le 8 décembre au matin, sous le chloroforme donné à petites doses et prudemment ; car l'état était extrêmement inquiétant ; une heure avant l'opération, la malade avait eu une syncope légère, et la température était descendue à 35°2.

A l'incision du cul-de-sac postérieur, il s'échappa en abondance de la sérosité hématique, de la gelée noirâtre, et enfin des caillots de grosseur variable. Mais je ne vis point de fœtus. Sans insister, je fis un petit lavage du vagin, puis j'introduisis par l'incision vaginale dans le foyer hémorrhagique un gros drain enveloppé de gaze iodoformée. Tout cela avait demandé peu de temps ; néanmoins l'affaiblissement de la malade était très grand ; l'injection de 500 grammes de sérum artificiel parut la remonter.

Le lendemain, la malade est un peu moins déprimée ; sa température est à 37 degrés. Elle prend du champagne et du lait froid. Pendant 7 jours, jusqu'au 15 décembre, tout va assez bien ; la malade se relève lentement mais manifestement ; le pansement a été changé deux fois, il est sorti quelques caillots ; tout paraît devoir marcher convenablement.

Mais voilà que dans la nuit du 15 au 16, une violente hémorrhagie vaginale survient, suivie de syncope. On fait à la malade un tamponnement vagino-abdominal et on injecte 500 grammes de sérum artificiel. Les choses rentrent dans l'ordre. Mais quatre jours, après nouvelle perte, abondante, et dépression extrême. Nouveau tamponnement et injection de 1,000 grammes de sérum en deux fois. L'état est si pré-

caire que je n'ose pas intervenir plus activement. Cependant comme l'hémorrhagie, quoique moins abondante, continue, je me décide à faire une laparotomie : pour cela, je fais administrer non le chloroforme, mais l'éther. Ce mode d'anesthésie étant moins dépressif offrait ici des avantages sérieux. Le ventre ouvert, je tombe dans un vaste foyer hémorrhagique, que je débarrasse vivement de ses caillots, ce qui me permet de voir largement béante mon ouverture de colpotomie; cela me permet aussi de trouver une grosse trompe droite, noirâtre, dilatée, mais rompue largement et présentant dans son intérieur une placentation manifeste. J'enlevai cette trompe et l'ovaire correspondant. Nulle part je ne vis de fœtus. Je mis rapidement un drain dans le cul-de-sac de Douglas, drain ouvert d'autre part dans le vagin; puis je laissai en place un tamponnement à la Mickulicz, et enfin je fermai l'abdomen, sauf au niveau du passage de la mèche de ce tamponnement.

Injection de 500 grammes de sérum artificiel.

Le lendemain après une nuit très mauvaise, très inquiétante, l'état paraît se modifier dans un sens plus favorable, la température se relève, elle atteint même 38 degrés le soir; le pouls s'améliore. Dans les jours qui suivent, cette amélioration s'accentue lentement, progressivement. Je quitte le service le 25 décembre, laissant la malade aux bons soins de mon collègue et ami Bazy, et de l'interne du service M. Bernard. Bref, après quelques petites péripéties sans intérêt, la malade guérit. Je l'ai revue en février et en mars dernier. C'est maintenant une superbe personne, forte, complètement et je puis dire, définitivement rétablie.

Cette observation me paraît intéressante à plus d'un titre, et elle appelle plusieurs réflexions.

Tout d'abord, bien que je n'aie pas trouvé de fœtus, il ne me paraît pas douteux qu'il ne s'agisse là d'une grossesse tubaire rompue Sans doute le syndrome clinique était celui d'hématocèle, mais au point de vue anatomo-pathologique, c'est là une grossesse extra-utérine, et, en tenant compte de ces deux points de vue différents, ce n'est nullement faire confusion que de joindre ensemble la grossesse extra-utérine et l'hématocèle. Ceci pour répondre à un petit reproche qui m'a été adressé sur ce point par mon ami, M. Picqué, dans son rapport de 1896, indiqué plus haut.

En second lieu, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de justifier la laparotomie secondaire que j'ai faite. Pour quiconque aurait vu cette malade dans les jours qui ont précédé notre intervention, la mort était proche, imminente, certaine. Si quelqu'un pouvait en douter, je le prierais de lire une communication faite à la *Société anatomique*, en décembre 1897 par M. Batigne, interne de M. Richelot. Il y verrait la relation très détaillée d'un fait superposable au mien jusqu'en ses moindres détails, et dans lequel la

mort survint par hémorrhagie secondaire, après colpotomie. M. Segond, dans sa communication si claire, si documentée, si intéressante de 1896, signale un cas analogue, et peut être la pratique de quelques-uns d'entre vous en offrirait-elle d'autres exemples.

Donc, j'estime que la laparotomie secondaire a sauvé la vie de ma malade. Mais alors, dira-t-on, il eût mieux valu faire d'emblée cette laparotomie, au lieu de recourir d'abord à la colpotomie. Sans doute, dans ce cas particulier, cela eût été préférable, et j'eusse procédé ainsi si j'avais pu prévoir ce qui adviendrait. Doit-on en conclure que la laparotomie est supérieure à la colpotomie dans le traitement de l'hématocèle périutérine et qu'elle doit prendre le pas sur l'incision vaginale ?

Non, il serait excessif de prendre argument d'un fait exceptionnel comme celui-là pour condamner la colpotomie au profit de la laparotomie. Pour un fait, un seul fait de la nature de celui-ci, je pourrais vous offrir plus de vingt cas, où la simple incision vaginale a amené une guérison facile, rapide, complète, définitive. Les cas anormaux comme celui que je viens de vous exposer sont les exceptions qui confirment la règle ; ils expliquent et justifient cette sage réserve formulée par M. Segond en 1896, qui, défendant énergiquement l'incision vaginale, ajoutait pour conclure : « ... il ne faut rien exagérer toutefois, le moindre retour offensif de l'hémorrhagie peut commander une autre intervention que la colpotomie; il faut tenter la guérison par simple incision vaginale, quitte à changer de tactique immédiatement ou dans les jours qui suivent ».

Enfin, il serait oiseux d'insister sur l'avantage qu'a eu ici l'emploi du sérum artificiel. Grâce à lui, la malade a pu survivre; le cœur ne se contractant pas à vide, les syncopes n'ont été que passagères. Et pourtant cette injection de sérum à dose massive a un inconvénient que j'ai pu constater plusieurs fois et ici encore au cours de la laparotomie. Ce n'était plus du sang qui s'écoulait des vaisseaux sectionnés, c'était une sérosité légèrement rosée, extrêmement fluide, par conséquent très impropre aux coagulations vasculaires si importantes chez un sujet en état d'hémorrhagie. Mais cet inconvénient, si indiscutable qu'il soit, ne peut annihiler cet avantage supérieur à tout, de la persistance des contractions cardiaques, obtenue grâce au maintien d'une masse liquide suffisante dans l'appareil circulatoire.

Présentation de malades.

M. Lejars présente un malade auquel il a pratiqué la résection de l'astragale, pour une luxation de cet os en avant et en dehors, qui datait de près d'une année et entraînait une impotence presque complète. La guérison a été simple, et la marche est aujourd'hui très bonne.

M. Nélaton. — J'ai eu l'occasion de faire la même opération pour une luxation de l'astragale sur le dos du pied. J'eus un très bon résultat.

M. Berger. — J'ai présenté ici deux malades, sur lesquels j'ai fait une ablation de l'astragale pour des cas de luxation de cet os dans des conditions analogues. Les résultats ont été très bons et mes malades ont très bien marché à la suite de cette intervention.

Occlusion intestinale au cours d'une tuberculose péritonéale. Laparotomie. Guérison opératoire et amélioration notable de l'état général,

par M. le Dr A. GUINARD.

A l'occasion de la communication de M. Lejars sur l'intervention chirurgicale dans la tuberculose péritonéale, je crois intéressant de rapporter l'observation suivante :

Le 5 novembre 1897, je suis appelé d'urgence à Lariboisière, auprès d'un électricien de vingt-trois ans, Eug. F..., qu'on venait de transporter de la salle Bouley à la salle Nélaton, dans le service de M. Peyrot.

Ce garçon, qui était depuis un mois soigné pour des « coliques de plomb », était entré la veille à la salle Bouley avec des accidents d'obstruction intestinale. Au moment où je le vois, l'état général est si mauvais que j'hésite à intervenir : la température est à 36°,5, les extrémités sont froides et le pouls est imperceptible et incomptable. L'occlusion intestinale est absolue depuis quatre jours; il y a incessamment des vomissements nettement fécaloïdes. Le ventre est si tendu et si douloureux à la pression qu'il est impossible de faire un palper utile.

Je fais aussitôt une laparotomie médiane sous-ombilicale et, le ventre ouvert, je trouve l'épiploon transformé en un véritable treillis, en une sorte de grillage dans les mailles duquel dix ou quinze hernies intestinales se font jour. Un des internes qui m'assistaient comparait

l'aspect de ce treillis grisâtre avec des hernies rouges au travers des mailles, à certaines tartes de pâtissier, qui ont des fruits rouges dans un réseau de pâte. Cette ingénieuse comparaison donne bien une idée de l'aspect de cet épiploon. Une des anses herniées me paraissant noirâtre, étranglée et irréductible, je sectionne les brides caséeuses limitant la maille qui l'enserre et je referme l'abdomen. Le cours des matières se rétablit le même soir et, contre tout espoir, le malade quitta l'hôpital, très bien guéri, onze jours après l'opération.

J'avais donné issue par ma laparotomie à un abondant liquide ascitique louche, et tout le péritoine était parsemé de granulations tuberculeuses. Les mailles épiploïques étaient circonscrites par des brides épaisses infiltrées d'une matière caséeuse qui sortait en filaments vermiculaires quand on les comprimait avec les doigts au-dessus du point de section.

Le diagnostic de tuberculose péritonéale n'était pas douteux. Mais, s'il l'eût été, le malade, en revenant deux mois après (le 26 janvier 1898), ne nous eût laissé aucun doute à cet égard. Il avait, du côté des lombes, un énorme abcès froid, qui a été ouvert, gratté, cautérisé et qui a laissé une fistule encore persistante, comme on peut le voir actuellement.

Malgré cela, le malade que je présente à la Société de Chirurgie est dans un état des plus satisfaisants. Il ne se plaint plus que de sa fistule et, du côté du ventre, les accidents ont disparu et il ne reste qu'un vaste empâtement généralisé dont le malade n'est pas incommodé. C'est un exemple de plus pour montrer qu'il faut intervenir le plus tôt possible dans ces occlusions intestinales au cours de la tuberculose du péritoine, et qu'on aura du même coup souvent la guérison de l'occlusion et l'amélioration notable de la tuberculose locale.

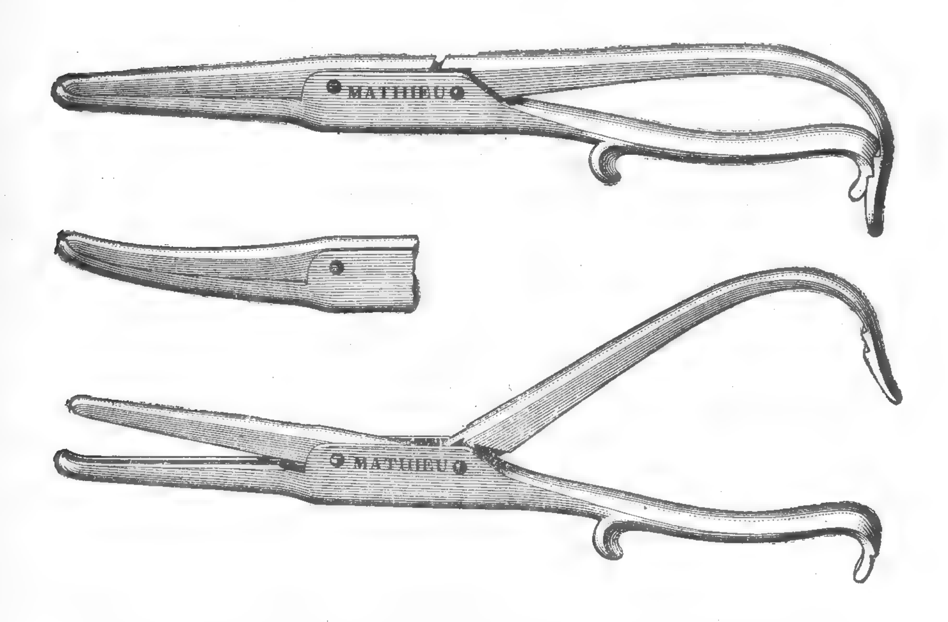
Présentation d'instruments.

Présentation de pinces pour la forcipressure des vaisseaux et la forcipressure de l'intestin et de l'estomac.

M. Reynier. — J'ai l'honneur de présenter des pinces nouveau modèle, que M. Mathieu vient de construire sur ma demande pour faire la forcipressure, et que je présente après les avoir utilisées avec succès dans mon service.

Ces pinces sont construites d'après les principes des leviers du 1er genre. Ainsi qu'on peut le voir sur la figure ci-jointe, une longue branche de levier vient soulever un des mors et l'applique très fortement sur l'autre. La force de pression de la main de l'homme étant évaluée à 40 kilogrammes, en multipliant par la

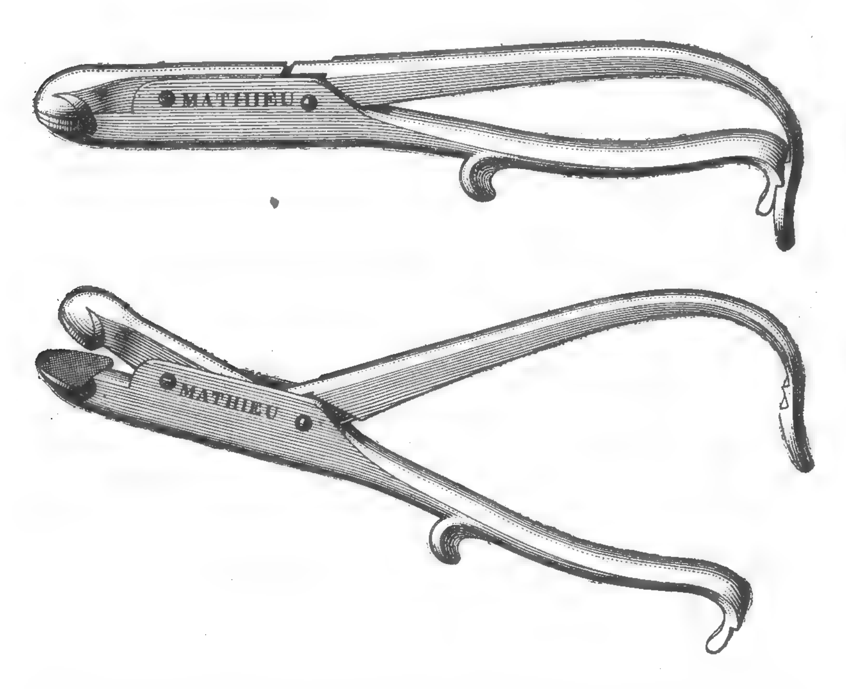
longueur de la branche de levier, on peut mathématiquement arriver à mesurer la force de pression qu'on obtient avec cette pince. Or ce calcul ayant été fait, la pince à forcipressure pour les vaisseaux, écrase avec une force évalué à 800 kilogrammes à la pointe, 1200 kilogrammes au niveau de l'articulation. Avec la pince à gastrostomie, qui a la forme et les dimensions de celle de M. Souligoux, on comprime avec une force évaluée à 1800 kilogrammes; un cran d'arrêt permet de maintenir la compression



pendant un certain temps. Si je présente ces instruments, ce n'est pas que je sois, comme M. Tuffier, disposé à considérer dans tous les cas la forcipressure comme méthode de choix pour l'hémostase. Si je fais la forcipressure, néanmoins, je place souvent un fil de sûreté, par prudence, sur les parties qui sont comprimées. Mais, il peut arriver des cas dans lesquels il est impossible de placer un fil, on est alors heureux de pouvoir faire l'hémostase par la simple forcipressure et de se rendre maître d'hémorrhagies dont on ne pourrait triompher autrement.

Ainsi, je me suis trouvé dans une opération pour cancer de l'utérus, que j'enlevais par la voie abdominale, en présence d'un ligament large infiltré, tellement résistant qu'ayant mis sur l'artère utérine une pince, il m'a été impossible de remplacer cette pince par un fil, ne pouvant arriver dans la profondeur ni amener le ligament extérieur; il fallait ou laisser la pince à demeure ou la

remplacer par ces pinces de Jacobs dont le maniement est fort difficile. Je me suis contenté dans ce cas de faire la forcipressure de l'artère utérine, et l'hémostase a été parfaite et s'est maintenue. Il est donc utile d'avoir ce nouveau moyen à sa disposition, car la forcipressure pourra rendre dans quelques cas de réels services. C'est pour cela que je vous présente ces pinces; quant à la pince de la gastro-entérostomie, je n'ai qu'à dire que



j'ai été surpris de voir comme elle réduit les parois intestinales et stomacales, sans les perforer, à l'état de feuille de papier à cigarette à travers laquelle on voit le jour. On peut grâce à elle être assuré du sphacèle consécutif.

Présentation de pièces.

Goitre parenchymateux pesant 450 grammes. Enucléation intra-glandulaire.

M. Lucien Picqué. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un goitre parenchymateux, que j'ai enlevé, avant-hier, dans mon service de l'hôpital Dubois.

Il s'agit d'une malade de quarante-deux ans, qui me fut envoyée du département du Gard, pour des métrorrhagies abondantes dépendant d'un polype utérin. L'opération fut très simple ; et supprima tout écoulement sanguin.

Elle portait, en outre, depuis de longues années, un volumineux goitre qui avait peu à peu augmenté de volume.

Dans ces derniers temps, et surtout depuis son entrée à l'hôpital, la tumeur avait pris un développement assez rapide ; la malade commençait à en être gênée non seulement par son volume, mais aussi par des phénomènes de gêne respiratoire accompagnés d'un certain degré de cornage.

La tumeur occupait toute la région étendue de l'os hyoïde à la fourchette sternale, derrière laquelle elle s'engageait; de chaque côté, elle s'étendait jusqu'au niveau des muscles sterno-mastoïdiens, dont elle soulevait le bord antérieur et qui se trouvaient ainsi placés sur les parties latérales.

Elle était régulièrement arrondie sans lobulation et d'une consistance dure, partout égale. A son niveau, la peau ne présentait aucune altération et glissait facilement sur elle. La mobilité sur les parties profondes était assez notable, surtout dans le sens transversal. Mais on ne pouvait arriver à la désenclaver de la logette qu'elle occupait derrière le sternum. La malade réclamait elle-même une intervention, que j'ai pratiquée, avant-hier, dans mon service.

L'incision en U, à convexité inférieure et le relèvement du lambeau ainsi formé, mettent à nu la face antérieure de la tumeur qui est sillonnée de nombreux vaisseaux veineux.

Une incision verticale faite profondément sur la partie saillante de la tumeur et dans une étendue de 5 à 6 centimètres environ, me permet d'arriver sur la tumeur incluse dans le tissu de la glande.

La décortication s'est faite avec la plus grande facilité sur toute la surface de la tumeur. Quelques pinces furent appliquées sur la tranche de tissu glandulaire incisé. Vingt-deux autres pinces furent placées sur la face profonde de la coque glandulaire. La quantité de sang perdue par la malade a été peu importante, grâce au placement successif des pinces au fur et à mesure du décollement.

L'opération, y compris les vingt-deux ligatures, dura vingt-cinq minutes.

La coque glandulaire est épaisse en avant, sur les côtés, et ne présente aucune altération apparente, mais sa face profonde est très mince et laisse transparaître toute la portion cervicale de la trachée qui ne semble présenter elle-même aucun ramollissement. Elle n'est réunie que partiellement et à la partie supérieure ; drainage et compression légère.

Les suites opératoires ont été très simples. La malade n'a présenté ni élévation de température, ni phénomènes respiratoires.

Ce matin, son état était aussi satisfaisant que possible et tout laisse croire à une guérison rapide.

Je vous transmettrai ultérieurement le résultat de l'examen histologique.

J'ai eu l'occasion il y a onze ans de pratiquer une opération analogue à l'hôpital Laënnec avec le précieux concours de mon collègue Segond. L'histoire en a été publiée et je ne vous rappelle le cas que pour vous annoncer que la malade a succombé il y a six mois sans avoir jamais présenté de myxœdème. J'estime que cette opération quand elle est possible est bénigne au point de vue opératoire et excellente au point de vue thérapeutique.

Le Secretaire annuel,

P. Reynier.

Paris — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette



SÉANCE DU 29 JUIN 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Un travail de M. MIGNON, membre correspondant, qui sera lu au cours de la séance.

A propos de la correspondance.

M. RICHELOT. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, une brochure de M. Millot-Carpentier, brochure intitulée : *Nos Ancêtres.*

Observation de torsion du mésentère,

par M. MIGNON.

Je me permettrai de rappeler que j'ai communiqué au mois de janvier 1896, à la Société de Chirurgie, une observation de torsion du mésentère qui n'a pu avoir les honneurs de la discussion, parce que la Société voulut bien m'admettre quelques semaines plus tard parmi ses membres correspondants. Cette observation a été publiée dans le n° 6 de la *Gazette des Hôpitaux* (1896, p. 50).

Elle présente une grande analogie avec les observations de M. Delbet et surtout avec la première.

Le début des accidents a été brusque, le ballonnement rapide, les vomissements alimentaires, muqueux, bilieux, non fécaloïdes. Au premier examen, le gros intestin nous a paru flasque : le ventre n'était distendu que dans sa moitié sous-ombilicale et les limites de sa distension perceptibles à la vue faisaient croire *à priori* à une rétention d'urine. La gêne de la circulation mésentérique était indiquée par de l'ascite et probablement aussi par l'hyperthermie.

Après la laparotomie, nous avons eu la notion très nette d'une lame ou corde péritonéale étendue transversalement dans la région lombaire droite, et sous laquelle étaient tassées des anses intestinales aplaties.

L'autopsie nous a montré une torsion du mésentère de gauche à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre suivant l'heureuse expression de notre confrère et de plus une fossette duodénale gauche que nous avons considérée comme la cause de la rotation et de la torsion du mésentère.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Tuffier — Je voudrais faire une rectification au procès-verbal. M. Reynier m'a prêté une opinion qui n'est pas la mienne. M. Reynier dit : « Ce n'est pas que je sois comme M. Tuffier, disposé à considérer la forcipressure comme méthode de choix pour l'hémostase ». Je n'ai jamais fait, de la forcipressure, une méthode de choix dans tous les cas. Mais, c'est pour l'hystérectomie vaginale, que j'en ai fait une méthode de choix. J'ai fait avec la forcipressure, vingt-sept opérations d'hystérectomie vaginale, les résultats ayant été favorables, je continue à employer cette méthode pour l'hystérectomie vaginale seulement.

De l'extirpation des cancers du rectum par la voie abdomino-périnéale,

par M. QUÉNU,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Chargé par le Congrès de chirurgie, d'écrire un rapport sur les indications opératoires et le traitement du cancer du rectum, nous avons conclu qu'une seule technique ne convient pas à tous les cas; aux trois variétés, suivant le siège, admises par nous, cancer bas, cancer moyen et cancer élevé, nous avons opposé trois séries d'opérations, et spécialement trois voies d'accès différentes : voie périnéale pour les premiers, voie combinée abdomino-périnéale pour les derniers, voie sacrée pour les cancers moyens ou ampullaires. Nous sommes aujourd'hui, arrivé à cette conviction, qu'il faut encore simplifier, réduire les subdivisions admises : nous serions personnellement tenté de faire la part plus large à la voie abdomino-périnéale et *d'abandonner définitivement la voie sacrée.*

Depuis quelques années, nous avons combattu pour réduire la part de l'opération de Kraske dans les cancers inférieurs et pour lui substituer la voie périnéale d'après une technique bien

réglée, permettant l'ablation d'un segment rectal fermé à ses deux bouts; je vous ai montré au mois de janvier 1898 trois pièces enlevées avec succès par cette technique, pièces mesurant 15 cent., 16 cent. et davantage. J'estime actuellement qu'à tous les cas qui échappent à la voie périnéale, convient la voie abdomino-périnéale, et voici à mon sens comment on peut établir la limite respective des deux modes d'intervention. Je suppose, bien entendu, que le cancer n'a pas dépassé l'épaisseur des parois rectales, et qu'il n'y a aucune autre contre-indication. La voie d'accès périnéale permet d'enlever *facilement* de 15 à 16 centimètres d'intestin; or, partisan des exérèses larges, dès qu'il s'agit de cancers, nous estimons qu'il faut au moins 6 à 7 centimètres de muqueuse saine, au-dessus de la tumeur; l'opération périnéale convient donc essentiellement aux cancers dont la limite supérieure ne s'étend pas à plus de 8 ou 10 centimètres de l'anus, à ceux, par conséquent, dont on peut accrocher avec le doigt le rebord induré le plus élevé, si toutefois l'atrésie n'est pas telle qu'elle n'empêche le doigt de passer.

Pour les autres, nous inclinons à conseiller l'extirpation abdomino-périnéale. Deux objections me seront faites, l'une tirée de la condamnation de l'opéré à l'anus iliaque définitif, l'autre tirée de la gravité opératoire.

La première objection ne me paraît pas avoir une grande valeur; tous les procédés opératoires qui ne conservent pas le sphincter de l'anus, aboutissent en somme, à doter l'opéré d'un anus contre nature, que cet anus soit sacré ou périnéal ou fessier et ce ne sont pas les multiples procédés de Gersuny (1), de Willems (2), ou de Rydigier (3), qui ont changé grand'chose à ce résultat; aussi ne faut-il pas s'étonner de voir les chirurgiens de Lyon et en particulier M. Pollosson (4) admettre et déclarer qu'il n'y a pas lieu de fermer l'anus iliaque, qu'en principe cet anus doit être définitif, l'anus temporaire n'étant qu'une concession opportuniste ou une mesure exceptionnelle. Il préconise donc ce qu'il appelle la séquestration du rectum.

Nous sommes d'avis que si l'opération abdomino-périnéale donne plus de chances d'extirpation radicale, et une plus longue survie, il n'y a pas à hésiter, et qu'un malade peut bien payer cet avantage d'un anus iliaque définitif, d'autant plus qu'il ressortira plus loin de notre observation que cet anus iliaque définitif peut être établi dans de meilleures conditions tant au point de

(1) Torsion du rectum.
(2) Passage du rectum à travers les fibres du grand fessier.
(3) Passage du rectum à travers les fibres du pyramidal et du fessier.
(4) *Cong. chir.*, 1897, p. 385.

vue de l'éventration, et du prolapsus que du port d'un appareil prothétique.

L'objection tirée de la gravité ne me semble pas non plus irréfutable, parce que je ne suis pas loin de penser que peu à peu avec une bonne technique, il en sera du rectum comme de l'utérus; l'opération totale et radicale sera moins grave que l'opération partielle. La bénignité des suites opératoires chez la malade dont nous présentons plus loin l'observation, et la rapidité avec laquelle s'est opérée la cicatrisation, nous paraissent très encourageantes.

Le pronostic opératoire est naturellement subordonné à la technique ; il faut que celle-ci soit assez parfaite pour réaliser absolument deux conditions essentielles :

1° L'asepsie pendant et après l'opération;

2° L'économie du sang.

1° L'asepsie opératoire est possible à la condition de se conformer strictement aux règles que j'ai données, et que n'avaient suivies ni M. Gaudier, ni M. Chalot : l'asepsie post-opératoire résulte de la méthode même, à la condition de ne pas instituer à côté de sa plaie un anus fessier, comme l'a fait David Giordano, de Venise, mais de se résoudre délibérément à l'anus iliaque définitif.

2° La seconde condition, l'économie du sang, ne me paraît pas moins importante que la première; les malades que nous opérons pour des cancers du rectum sont la plupart du temps des gens affaiblis par les souffrances, l'auto-infection et souvent des hémorrhagies antérieures ; il est donc de toute nécessité que la déperdition sanguine opératoire soit insignifiante; or, quel que soit le procédé d'extirpation, quelques soins qu'on apporte à pincer ce qui saigne et à faire ensuite les ligatures, la perte du sang est toujours ou presque toujours importante.

Dans le but d'économiser le sang, M. Chalot (Société de Chirurgie, 15 avril 1896) conseillait la ligature préliminaire des vaisseaux hémorrhoïdaires supérieurs, et il faisait de cette ligature un temps spécial de son opération. D'une part, il n'est pas besoin de se préoccuper préalablement des vaisseaux hémorrhoïdaires supérieurs, puisque du moment qu'on détache l'anse sigmoïde de son mésentère, ces vaisseaux se trouvent nécessairement liés au cours de cette libération, et d'autre part il faut bien savoir que si on vient, après ligature des hémorrhoïdales supérieures, à extirper le rectum par le périnée ou la voie sacrée, toute la distribution de l'hypogastrique au rectum et aux tissus périrectaux saigne et saigne abondamment; j'en ai eu la preuve chez la malade dont M. Berger a communiqué l'observation au dernier Congrès de chirurgie.

Pour obtenir une hémostase préalable complète, il *est de toute nécessité* de pratiquer, comme l'a fait pour la première fois David Giordano (1), la ligature des artères iliaques internes; cette ligature est facile, n'expose à aucun inconvénient; elle réalise une hémostase admirable, puisqu'elle nous a permis d'extirper les 24 centimètres d'intestin que nous avons présentés dans la séance du 15 juin sans faire une seule ligature : seules deux ou trois veines ont nécessité une forcipressure de quelques minutes; nous pouvons évaluer au maximum à 30 ou 40 grammes la quantité de sang veineux perdue au cours de l'opération.

Voilà les deux idées directrices : l'asepsie réalisable et l'hémostase parfaite. Voici maintenant dans tous ses détails le plan opératoire qui nous semble le meilleur.

1er TEMPS : *Ouverture médiane du ventre et ligature des deux artères hypogastriques.*

Nous préférons de beaucoup l'incision médiane aux incisions latérales ou obliques et, en particulier, à celle de M. Chalot, qui, partant à 2 centimètres de l'épine pelvienne gauche, et remontant vers l'épine iliaque, oblige à lier les vaisseaux épigastriques.

L'incision médiane est rapide, exsangue, une fois la peau coupée, et conduit avec une égale facilité sur tous les points de la zone opératoire. Le malade est, bien entendu, couché la tête en bas, sur le plan incliné, le chirurgien placé à sa gauche. Le paquet d'intestin grêle étant refoulé vers le grand bassin, est maintenu par des compresses.

On procède à la ligature de l'artère iliaque droite. Le point de repère capital est le bord inférieur du promontoire ; de chaque côté du promontoire, de 3 à 3 cent. 1/2 de la ligne médiane, battent les artères iliaques internes ou les primitives, si la division n'est pas encore effectuée. A ce niveau et à 3 centimètres environ de la ligne médiane, on placera le milieu d'une incision de 4 à 5 centimètres de long, ne comprenant que le péritoine. D'un coup de sonde cannelée, on libère la lèvre externe de l'incision péritonéale, qui se trouve refoulée en dehors, en emportant avec elle l'uretère. Alors, on découvre l'iliaque primitive dont on perçoit aisément les battements ; on la suit de haut en bas, on découvre, on voit et on sent l'artère illiaque externe ; enfin, se portant un peu en dedans, on sent et on dénude l'artère iliaque interne qu'on peut lier à un centimètre de la bifurcation.

En outre, nous recommandons expressément de ne pas serrer le fil avant de s'être assuré qu'on n'est pas sur l'iliaque ex-

1) *Clinica chirurg.*, 30 oct. 1896, p. 463.

terne, et que celle-ci bat en dehors de l'artère dénudée. Il n'est pas besoin de se préoccuper des veines, la dénudation des troncs artériels s'opère sans qu'on soupçonne leur présence. Le seul organe à ménager, est l'uretère; or, en reportant l'incision du péritoine un peu en dedans des vaisseaux trahis par leurs pulsations, et surtout en n'incisant prudemment que la séreuse, on évite, à coup sûr, le conduit excréteur du rein.

Du côté gauche, la découverte des vaisseaux hypogastriques est un peu moins simple, en raison de l'insertion du méso-sigmoïde qui masque les vaisseaux : deux procédés sont possibles, après une incision symétrique à celle de droite, on peut traverser le méso-iliaque, puis inciser le péritoine pariétal, écarter la lèvre externe et se comporter comme précédemment: telle est la conduite à recommander chez les sujets à mésentère iliaque court, à S iliaque fixée contre la fosse iliaque; chez ceux dont l'S iliaque est rattachée par un long pédicule, on pourrait relever l'anse sigmoïde en haut et inciser le péritoine pariétal juste au-dessous de la naissance du pied du méso et arriver directement par la simple incision du péritoine pariétal sur les vaisseaux. Le premier procédé est préférable, le trou fait au méso-sigmoïde devant être utilisé plus tard et pouvant aussi d'ores et déjà, servir à lier les vaisseaux hémorrhoïdaux supérieurs, si on veut comme Chalot en faire de suite la ligature.

Il importe d'explorer tout le trajet des iliaques, surtout au niveau de la bifurcation, et de s'assurer qu'il n'existe pas de ganglions suspects; je rappelle ici que c'est précisément l'existence d'une masse ganglionnaire latérale qui avait invité Giordano à entreprendre son opération.

Lorsqu'on a lié l'hypogastrique à 1 centimètre ou à 1 cent. 1/2 de la bifurcation, on ne laisse le plus souvent au-dessus de son fil que l'iléo-lombaire qui, greffée sur la face postérieure de l'artère, passe en arrière sous la bifurcation des troncs veineux comme sous une fourche (1).

(1) Il faut prévoir quelques variétés dans l'origine des branches de l'hypogastrique; on peut avec M. Poirier ramener à un type unique le mode de ramescence de l'hypogastrique, et considérer deux gros troncs terminaux l'un postérieur, l'autre antérieur. Le postérieur, après avoir fourni l'iléo-lombaire et les sacrées latérales se termine par la fessière. L'antérieur, après avoir donné l'obturatrice, et les artères viscérales se termine par l'ischiatique et la honteuse interne; il n'y a aucun intérêt à rechercher le tronc antérieur pour le lier uniquement.

Théoriquement, la double ligature de l'iliaque interne ne serait insuffisante pour assurer l'hémostase que si des branches provenant normalement d'elle, naissaient par anomalie de l'iliaque primitive; mais il s'agirait alors surtout de l'iléo-lombaire, de la sacrée latérale, etc.; la circulation de la honteuse interne, qui nous intéresse le plus, n'en demeurerait pas moins supprimée.

Les ligatures achevées, il est peut-être bon, comme je l'ai fait, de fermer l'incision péritonéale par un surjet rapidement mené au moins pour l'incision droite.

2e TEMPS. — *Libération de l'anse sigmoïde et création d'un anus iliaque gauche.*

Dans le méso-sigmoïde, en un point dépourvu de vaisseaux, on fait un trou qu'on agrandit avec les doigts et on y passe une large mèche de gaze iodoformée ; on se sert pour cela de l'incision déjà faite au méso pour la ligature de l'artère iliaque interne gauche : tout autour de l'anse a été disposée une garniture de compresses.

Exprimant avec le doigt la portion d'intestin ainsi dépourvue de son méso, pour en refouler le contenu, on place deux ligatures à la soie forte, à quelques centimètres de distance l'une de l'autre afin de sectionner l'intestin entre deux ; auparavant on s'est assuré que le bout supérieur sera assez mobile pour être amené au dehors et servir à la constitution d'une anse iliaque sans trop de traction. L'intestin coupé au thermocautère et la surface de section essuyée, puis cautérisée, on coiffe chaque extrémité soit d'un petit sac en caoutchouc, soit de gaze iodoformée qu'on fixe en capuchon avec un fil de soie, entre deux pinces; on poursuit de bas en haut la libération de l'intestin jusqu'au méso-rectum, on entoure le bout inférieur d'une compresse et on procède à l'incision iliaque gauche. J'ai fait tendre la paroi et, par transfixion, je l'ai incisée en un seul temps dans toute son épaisseur; j'ai fixé ensuite par trois ou quatre points la séreuse pariétale à la séreuse colique après avoir passé le bout supérieur à travers la boutonnière iliaque.

Le bout supérieur, toujours fermé, est actuellement hors du ventre et ne nous embarrasse plus; nous procédons au troisième et dernier temps de l'opération abdominale, l'amorce de la libération rectale.

3° *Amorce de la libération rectale.* — Reprenant le bout inférieur, nous incisons de chaque côté le méso-rectum, puis nous faisons porter le bout inférieur tendu en avant contre le pubis.

Le doigt qui part du promontoire rencontre de haut en bas une corde; ce sont les vaisseaux hémorrhoïdaux qu'on lie, s'ils ne l'ont été déjà ; alors rien ne retient plus le rectum en arrière, et on peut racler avec les doigts toute la face antérieure du sacrum jusqu'à sa pointe : sur les côtés, on dénude en quelques secondes jusqu'à ce qu'on rencontre une résistance. En avant, on incise le cul-de-sac recto-vésical, *si cela est possible* ; si l'accès en est difficile, mieux vaut s'abstenir, comme nous l'avons fait.

On s'assure que le bout inférieur est toujours bien garni et pro-

tégé, on le replie vers le fond de la cavité pubienne ; par-dessus, on applique une ou deux compresses qu'on laisse dans le ventre, et on ferme rapidement la paroi abdominale. Chez ma malade, je rapprochai et suturai les débris du méso-rectum, afin de diminuer la brèche péritonéale. On peut dire qu'à ce moment plus des trois quarts de la besogne sont faits, et l'achèvement par la voie périnéale ne demandera pas plus de dix à quinze minutes.

4e TEMPS : *Extirpation périnéale.*

Le patient, mis en position de la taille, la région opératoire est à à nouveau rapidement savonnée, et lavée à l'éther et au sublimé. Nous conseillons chez la femme la voie périnéale de préférence à la voie vaginale. Les mêmes règles sont à suivre dans toute extirpation périnéale. L'anus fermé solidement à l'aide d'une soie, et circonscrit latéralement par les incisions, qui se prolongent en avant et en arrière, on sectionne les releveurs, on libère la face antérieure avec précaution, surtout chez l'homme ; on ouvre le cul-de-sac péritonéal, s'il ne l'a été déjà par en haut ; on sectionne les pédicules vasculaires latéraux, et tout le bout intestinal s'amène avec les compresses dernières.

J'ai accompli, en une dizaine de minutes, tout ce temps opératoire, sans une ligature, et je puis dire que j'ai largement regagné le temps employé au début à la ligature préalable des artères iliaques. Comme pansement, j'ai placé dans la vaste plaie un drain et de la gaze faiblement salolée sans la bourrer.

L'incision cutanée a été réduite de moitié par des points de suture : pansement extérieur avec de la gaze faiblement iodoformée et de la ouate de bois.

Sonde à demeure dans la vessie. Large bandage en T triangulaire en flanelle.

J'ai laissé le bout colique supérieur étreint par le fil de soie jusqu'au troisième jour ; dorénavant, je n'hésiterais pas à confectionner soigneusement et immédiatement l'anus définitif.

Pour cela, mêmes règles que dans la confection d'un anus périnéal, section avec hémostase, au fur et à mesure, des parties molles péri-intestinales et réduction de ces parties sous la peau ; suture de la tunique musculaire intestinale aux plans (au catgut) de la paroi ; section de l'intestin et suture de la muqueuse à la peau (à la soie).

Rien de plus aisé, grâce à l'adhésol, de protéger la suture abdominale médiane contre les souillures de la plaie iliaque.

Nous avions institué un mode de pansement qui les rendait indépendantes, la plaie iliaque n'étant recouverte que d'une compresse boriquée.

Les suites opératoires ont été, chez notre malade, d'une simplicité inespérée.

Aucune dépression de l'état général, aucune altération dans le facies, conservation des forces à tel point que jamais la malade n'a eu besoin de secours ni d'aide pour se tourner sur le côté ou sur le dos au moment des pansements.

Il me paraît incontestable que cette simplicité des suites immédiates d'une opération aussi grave, est étroitement liée à cette double condition : économie de sang, asepsie opératoire et post-opératoire.

Pour moi, ce sont là les deux idées qui doivent absolument guider les chirurgiens dans leurs opérations pour cancer du rectum.

Seule, la ligature des iliaques internes assure l'économie de sang.

L'asepsie opératoire est compatible avec toute espèce de procédé, pourvu qu'on suive les règles que je préconise depuis longtemps déjà.

L'asepsie post-opératoire n'est certaine et absolue que si on a supprimé le bout inférieur.

Le retournement est un moyen de supprimer ce bout inférieur; malheureusement, je me suis convaincu, depuis l'an dernier, que l'invagination n'est pas toujours facile, si la distance qui sépare l'extrémité inférieure du bout rectal de l'orifice inférieur de l'anus iliaque n'est pas très courte : le retournement est donc un bon, mais *exceptionnel* moyen, de se débarrasser d'un bout intestinal court, qu'on ne peut amener par traction au périnée, dans les cas où on a entrepris une opération par voie sacrée.

Un autre moyen serait l'oblitération de l'orifice du bout inférieur de l'anus iliaque : ce serait le seul moyen sûr de réaliser ce que Pollosson appelle la séquestration du rectum, et c'est ce que j'ai fait chez deux malades.

La suppression du bout inférieur par la constitution d'un anus iliaque définitif et l'ablation de tout le segment intestinal sous-jacent est, à coup sur, le moyen le plus radical. Cette méthode sera peut-être celle de l'avenir, celle qui, avec le minimum de risques, permettra d'enlever le maximum de lésions.

Jusqu'à nouvel ordre, nous nous croyons autorisé à la recommander dans tous les cas où la voie périnéale est impuissante à permettre une exérèse large et facile (1).

(1) Je puis encore invoquer comme avantage, celui d'une opération unique, au lieu des trois opérations :

1° Constitution d'un anus iliaque;

2° Extirpation du cancer;

3° Fermeture de l'anus iliaque.

Observations. — Mme D... (E.), âgée de cinquante-trois ans, m'est adressée par mon collègue et ami, M. Bouilly, le 25 avril 1898, pour un cancer du rectum assez haut situé.

Le début de la maladie paraît remonter à un an : à cette époque, en effet, la constipation apparaît, les selles deviennent moins volumineuses, et parfois se montrent recouvertes de glaires striées de sang. Mme D... atteinte d'hémorrhoïdes depuis plus de quinze ans, ne prêta pas grande attention à ces symptômes. La ménopause est venue de bonne heure, il y a dix-huit ans.

Mais il y a six mois, la constipation augmenta; seules, de fortes purgations permirent d'obtenir une garde-robe tous les deux ou trois jours; les matières moulées cessèrent de passer à chaque selle liquide, il s'écoulait une quantité variable de sang pur, rutilant ou noirâtre.

Les souffrances locales étaient nulles, mais la constipation opiniâtre occasionnait fréquemment des coliques. Perte de l'appétit. Amaigrissement de 18 livres en six mois.

Par le toucher rectal on sent à 6 centimètres de l'anus une tumeur bourgeonnante, circulaire, admettant à peine l'extrémité du doigt; l'index ne peut franchir le défilé cancéreux et reconnaître la limite supérieure du mal.

Dans les premiers jours de mai, la constipation s'accentue encore, et malgré des lavements et purgatifs, la malade reste cinq à six jours sans garde-robe.

Opération le 14 mai. — Anesthésie chloroformique. La malade est couchée sur le plan incliné. Nous explorons le petit bassin et reconnaissons que le cancer remonte assez haut, au-dessus du cul-de-sac de Douglas. Ligature des deux iliaques internes et fermeture à la soie de la boutonnière péritonéale. Section de l'S iliaque entre deux ligatures; incision iliaque gauche de la paroi, et passage du bout colique supérieur à travers cette incision.

Libération latérale et postérieure du bout inférieur, ligature des vaisseaux hémorrhoïdaux supérieurs au cours de cette libération.

Fermeture de la paroi abdominale.

Extirpation périnéale du bout inférieur sans aucune ligature. Fermeture incomplète de la plaie périnéale, 1 litre de sérum sous la peau, sonde à demeure dans la vessie.

Le 15 mai matin, T. 37°,5. Pouls à 120. 1 litre de sérum, facies normal.

Pansement quotidien. Suintement abondant les premiers jours.

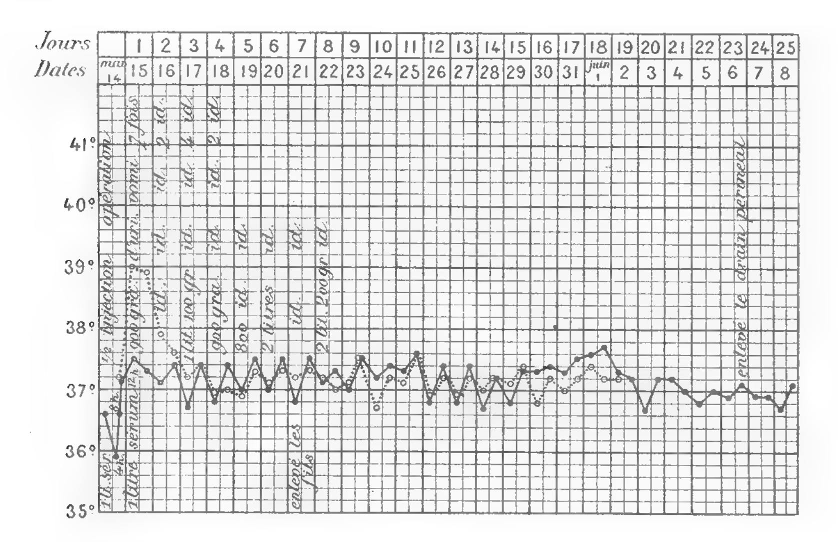
Le troisième jour, enlèvement du fil qui étreint le bout colique supérieur; en d'autres termes, ouverture de l'anus iliaque.

Le pouls est redescendu à 80 et restera désormais au-dessous, le thermomètre n'a jamais dépassé 37°,5 à 37°,6, et surtout, ce qui nous a frappé, c'est la conservation d'un état général tel que celui qui suit l'ovariotomie la plus simple, à tel point que nous n'avons pas hésité, après l'enlèvement de la gaze salolée de la cavité sacrée, à rétrécir l'ouverture périnéale par des points de suture secondaire, et à ne laisser une ouverture que pour le passage d'un drain. Les souffrances ont été très minimes.

Le 20, thermocautérisation du bourrelet de graisse qui sépare la lèvre cutanée de l'incision de la muqueuse intestinale.

Le 21 mai, enlèvement des fils de la paroi abdominale, pansement à la gaze iodoformée et à l'adhésol.

Le 30 mai, une petite élévation du thermomètre à 37°,5 est déterminée par un petit abcès de la paroi abdominale; l'évacuation et la désinfection avec l'iode de la petite cavité, ramènent la température à la normale.



Le 6 juin, l'écoulement, réduit à une tache en vingt-quatre heures, est tellement minime que nous nous décidons à supprimer le drain.

Le 7 juin, la malade se lève quelques instants sur un fauteuil : l'appétit est excellent, l'engraissement manifeste.

Le 8 juin, la malade fait quelques pas dans sa chambre, soit vingt-quatre jours après l'opération.

Le 12, elle sort dans le jardin.

Le 13, l'ouverture périnéale s'étant fermée un peu trop tôt, nous écartons un peu ses bords pour y réintroduire un petit drain.

L'anus iliaque n'a pas cessé de bien fonctionner.

Voici les pièces extraites chez une seconde malade dont l'opération ne date que d'hier : L'intestin, enlevé avec l'assistance de mon ami Ch. Nélaton, mesure 31 centimètres; l'extrémité inférieure du cancer, à peine accessible, avec le doigt, quand la malade poussait, et quand on déprimait fortement la paroi abdominale, était à 13 ou 14 centimètres de l'anus; la hauteur du segment cancéreux mesure près de 9 centimètres. En comptant 4 à 5 centimètres au-dessus du mal, c'était donc 27 centimètres au bas mot qu'il fallait enlever.

La même technique a été suivie, sauf que, le centre une fois fermé et la suture obturée par de l'adhésol, nous avons de suite confectionné l'anus contre nature, en ouvrant l'intestin (fermé par un fil) et en suturant la muqueuse à la peau. L'état de la malade était des plus satisfaisants ce matin. Aucun shock opératoire, 37°,5 de température, 90 pulsations, garde-robe spontanée, 600 grammes d'urine.

Je présente à côté de cette pièce un segment du rectum long de 16 centimètres, enlevé par voie périnéale, la tumeur ne remontant qu'à 10 ou 11 centimètres au-dessus de l'anus. Voici le malade opéré au 15 janvier 1898, et dont j'ai fermé l'anus iliaque il y a une quinzaine de jours.

Ces deux pièces représentent bien l'une et l'autre les deux types des cancers du rectum auxquels conviennent deux séries d'opérations différentes, comme je le disais au début de cette communication, à savoir pour les unes la voie périnéale, pour les autres la voie abdomino-périnéale.

M. Poirier. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt les détails des deux opérations pratiquées par M. Quénu, je me permettrai de lui soumettre une idée : dans ces cas où le cancer siège si haut, à 15 centimètres de l'anus, ne pourrait-on économiser le temps en faisant toute l'opération par le ventre ?

M. Quénu. — J'ai pensé à la modification dont parle M. Poirier; elle n'est admissible que s'il existe au-dessus du cul-de-sac péritonéal un segment du rectum sain, s'il s'agit en un mot d'un cancer de l'anse sigmoïde plutôt que d'un cancer du rectum.

M. Nélaton. — J'ai assisté M. Quénu dans son opération, j'ai été frappé de voir combien elle était méthodique. C'est une opération d'un grand avenir, et je compte bien y avoir recours personnellement; j'ai été particulièrement surpris du peu de shock opératoire qu'a présenté la malade de M. Quénu.

M. Quénu. — Voici un malade auquel j'ai enlevé la pièce que je viens de vous montrer, il revient d'Evreux : voilà quinze jours, j'ai fermé son anus iliaque, si quelques-uns d'entre vous désirent voir son anus ano-coccygien, je puis le leur montrer.

M. Schwartz. — Voilà quatorze mois, j'ai opéré avec M. Quénu un malade : ce malade est si content de son anus iliaque qu'il veut le conserver. Son anus périnéal est de petite dimension.

J'ai vu un malade du même genre avec M. Gérard-Marchant.

Voici donc deux malades dans d'excellentes conditions, puisque

depuis quatorze mois ils se portent bien et veuleut conserver leur anus iliaque.

Élection d'un membre titulaire.

LISTE DE PRÉSENTATION

En première ligne . . M. Delbet.
En deuxième ligne . . { M. Rochard. / M. Verchère.
En troisième ligne . . M. Beurnier.

1er *tour.*

28 votants. — Majorité : 15.

MM. Delbet . . . . 14 voix.
Verchère . . . . 8 —
Rochard . . . . 6 —

2e *tour.*

30 votants. — Majorité 16.

MM. Delbet . . . . 17 voix. Est élu.
Verchère . . . . 8 —
Rochard . . . . 4 —
Un bulletin blanc.

Discussion.

Sur le traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac postérieur.

M. Lucas-Championnière. — Il me semble qu'il est un peu difficile de déterminer à l'avance quelle méthode d'ouverture on entend faire subir aux foyers de suppuration, qui peuvent se développer au voisinage de l'utérus.

Comme la plupart de nos collègues, j'ai mis une sorte d'éclectisme, à passer par toutes les voies qui donnent accès sur ces suppurations.

Il m'est même arrivé d'ouvrir avec succès par la fosse iliaque des foyers très petits, latéraux à l'utérus, et qui ne semblaient jamais devoir suivre cette voie. Ces opérations remontent déjà à une époque ancienne, et je ne conseillerais à personne de suivre

cette voie systématiquement, parce qu'elle est réellement trop difficile et ne permet pas un examen suffisant des parties.

De tout temps, on a ouvert les collections purulentes péri-utérines par le cul-de-sac postérieur ou par les culs-de-sac latéraux, et si la gynécologie moderne n'avait inventé que cela, je ne crois pas qu'elle aurait à s'enorgueillir d'une découverte réelle pour le traitement de ces suppurations. Tout au plus peut-on admettre qu'elle a fait cette ouverture plus hardiment, et quelquefois trop hardiment, comme je vais le dire.

En effet, la gynécologie moderne a apporté deux faits nouveaux dans la chirurgie.

Le premier, c'est l'ouverture, la ponction, la transfixion des annexes, dont l'École lyonnaise a voulu faire une méthode à opposer aux actions directes sur les annexes, aux opérations abdominales avec extirpation.

J'ai vu, il y a trois ans, faire à Lyon plusieurs de ces opérations, et je puis dire que j'ai pris, après ce que j'avais vu, la ferme résolution de ne jamais faire l'opération lyonnaise. J'ai retrouvé là, avec une instrumentation nouvelle, les opérations terrifiantes faites avec le trocart, autrefois, par C. Gallard, avec des résultats désastreux. Cette opération foncièrement dangereuse a l'inconvénient indiscutable de laisser le sujet en possession des lésions qui causent les accidents et les renouvellent. Je ne lui reconnais donc aucun avantage, et j'estime qu'elle est plus dangereuse que l'intervention directe sur les annexes par la large voie abdominale.

En ce qui concerne les suppurations annexielles, je ne connais rien de supérieur à l'opération directe par l'abdomen. Celle-ci nous permet de connaître les lésions, de les dégager, d'enlever des organes atteints d'une façon irrémédiable, et dans le cas, qui n'est pas très rare, de lésions suppuratives unilatérales, de respecter le côté qui n'était pas atteint ou dont les lésions étaient peu importantes.

J'ajoute que je continue à faire ces opérations dans les mêmes conditions; que, systématiquement, je ne les fais pas suivre de drainage, même lorsque les lésions sont fort étendues, même lorsque le péritoine a été inondé par la suppuration lors de la déchirure des poches. J'opère le nettoyage de toutes les parties avec de l'eau phéniquée forte, et cela m'a paru suffire pour donner des résultats satisfaisants dans les circonstances paraissant les plus graves. Je referme le ventre comme après les laparotomies faites pour des lésions absolument aseptiques.

Je crois que cette suppression du drainage joue un rôle considérable dans l'obtention de suites régulières et sans inconvénients ni déformation secondaires.

Dans les cas dans lesquels la suppuration marche vers les culs-de-sac et surtout vers le cul-de-sac postérieur, il est bien évident que la voie vaginale s'impose. Mais ici, faut-il faire une simple incision du cul-de-sac postérieur comme nous la faisions autrefois, sauf à revenir au sujet ultérieurement, et à compléter à longue échéance notre intervention par une hystérectomie secondaire si elle devient indispensable ?

Ou bien faut-il accepter le second fait bien admis par la chirurgie moderne et d'emblée faire cette hystérectomie en même temps que l'ouverture des foyers, de façon à obtenir, comme on l'a dit, le drainage le plus parfait de la cavité du petit bassin ?

J'avoue qu'au début je me suis laissé séduire par cette hystérectomie d'emblée. Je serai, comme quelques-uns de nos collègues, beaucoup plus réservé dans l'avenir en ce qui concerne cette opération.

D'abord, en cas de foyers multiples et fétides, elle est réellement dangereuse, alors que la simple incision du cul-de-sac postérieur et même de plusieurs foyers est libératrice sans dangers sérieux.

J'ai conservé le souvenir d'un de ces cas dans lesquels j'aurais très probablement eu meilleur succès en ouvrant seulement le foyer fétide.

Dans ces cas, l'hystérectomie se fait plus tard dans de meilleures conditions. Mais il peut arriver aussi qu'elle ne se fasse pas du tout, et je pourrais citer plusieurs observations dans lesquelles les femmes, atteintes de suppurations peri-utérines, ont ultérieurement, même dans des cas en apparence très menaçants, conservé leur utérus, et ont finalement guéri dans des conditions qui étaient loin d'être mauvaises.

J'estime que dans bon nombre de ces cas, on aurait tort de faire trop bon marché de l'utérus. Les inconvénients de son ablation sont plus grands que l'on a bien voulu le dire. Je suis très résolu à l'enlever, s'il porte des lésions anciennes et qui me paraissent irrémédiables. Mais, je suis très résolu aussi à l'épargner, si les lésions ne sont pas très anciennes et surtout si la femme est très jeune.

Je pense donc que la question des suppurations péri-utérines ne saurait être résolue par l'adoption d'une formule unique. Mais admettant la fréquence et la gravité des lésions annexielles et la possibilité d'une intervention unilatérale, après avoir accepté comme tout le monde, et très volontiers, l'hystérectomie immédiate en bien des cas, je suis revenu à faire le plus possible d'opérations abdominales et à enlever les foyers de suppuration, en ménageant l'utérus et un ovaire toutes les fois que la chose se peut.

Lorsque les suppurations marchent vers le vagin, je les ouvre volontiers par le cul-de-sac postérieur ou les culs-de-sac latéraux. Mais je ne pratique pas nécessairement l'hystérectomie, soit que je réserve celle-ci pour une période ultérieure où elle se fait dans des conditions moins dangereuses, soit que j'espère que l'ouverture du foyer suffira à donner une bonne guérison, fait beaucoup plus commun que certains auteurs ne paraissent l'admettre.

M. Paul Reynier. — M. Monod, par son importante communication, est venu remettre en discussion une question sur laquelle l'accord semblait, à mon avis, devoir être fait depuis longtemps.

Il s'agit de la valeur thérapeutique de l'opération de Récamier : l'incision par le cul-de-sac postérieur dans le traitement des suppurations pelviennes dont M. Laroyenne avait fait un traitement de choix, et que, de nouveau, M. Monod vient préconiser.

Cette opération, qui peut rendre des services dans quelques cas limités, ne me paraît pas, toutefois, mériter tant d'enthousiasme.

Contre elle s'élèvent trop de *desiderata* pour qu'on en devienne un partisan convaincu.

Comme je l'ai dit en 1894 au Congrès de Rome, comme je l'ai répété au Congrès de Genève à M. Laroyenne, comme le pensent MM. Pozzi, Bouilly, Quénu, Ricard, ce n'est qu'une opération d'attente, qui peut parer aux accidents immédiats. Elle a pour elle, lorsqu'elle est faite avec certaines précautions, de ne pas être dangereuse et de pouvoir amener, dans certains cas, une guérison sinon complète, du moins suffisante. Mais elle a contre elle d'être, dans la grande majorité des cas, inefficace, de ne pouvoir arrêter les accidents, et d'obliger, pour obtenir la guérison, à avoir recours à une autre opération, telle que laparotomie ou hystérectomie.

A la statistique de M. Monod j'opposerai, en effet, la mienne, qui m'autorise à parler comme je le fais.

Sur 56 élytrotomies pour lésions suppurées péri-utérines, je relève 36 malades non guéries, et 20 malades qui sont parties paraissant guéries.

J'ai le soin de dire : paraissant guéries, car telle femme qui ne suppure plus, qui ne souffre plus, peut quitter l'hôpital enchantée et donner toute satisfaction à son chirurgien ; et la même femme, si elle marche, si elle se fatigue, vous reviendra, quelques mois après, avec de nouveaux accidents.

C'est ainsi que je trouve, dans mes observations, l'histoire de quatre femmes qui sont parties avec la mention de guérison, et auxquelles, cinq à six mois après pour les unes, un an après pour

les autres, j'ai fait une hystérectomie vaginale complémentaire pour enlever des ovaires, qui étaient restés malades.

Celles qui, dans ma statistique, sont marquées comme non guéries, ont, les unes, quitté l'hôpital ayant encore des lésions facilement appréciables au toucher, des annexes grosses ou douloureuses; les autres n'ont pu quitter l'hôpital qu'après avoir subi une opération complémentaire pour arriver à la guérison, que l'incision du cul-de-sac ne donnait pas.

C'est ainsi que, sur ces 36 malades non guéries, 7 ont été laparotomisées, 14 ont été hystérectomisées, 3 ont subi l'hystérectomie suivie de la laparotomie, qui a fini par amener une guérison qu'avec les deux premières opérations, l'incision du cul-de-sac et l'hystérectomie, je n'avais pu obtenir.

En passant, je fais remarquer cette supériorité de la voie abdominale, qui, pour moi, s'affirme toujours, quelle que soit la lésion gynécologique.

J'ai donc 24 malades, sur 56 élytrotomies, chez lesquelles l'ouverture du cul-de-sac a été insuffisante. Or, pourquoi ces succès et ces insuccès de l'incision du cul-de-sac? Il n'est pas difficile d'en trouver la raison.

Etant donné ce que nous avons appris, par nos laparotomies, de l'anatomie pathologique des lésions dans les affections utérines, les insuccès doivent moins nous surprendre que les succès.

Ne savons-nous pas, en effet, que, toutes les fois qu'une infection se propage de l'utérus aux annexes, la bilatéralité est la règle?

Cette bilatéralité ne nous sert-elle pas souvent pour affirmer une suppuration? les lésions non infectées, salpingite hémorrhagique, collection kystique, ne siégeant, le plus souvent, que d'un côté.

Ne savons-nous pas encore que, lorsque la lésion dure depuis longtemps, rarement nous avons affaire à de simples lésions tubaires. Nous sommes, le plus souvent, en présence d'une salpingo-ovarite, c'est-à-dire de lésions dans lesquelles il existe un ovaire à loges multiples, infectées, suppurées; au-dessus de cet ovaire, se trouve la trompe qui s'enroule autour, et qui, dans sa portion tubaire, contient du pus.

Autour des annexes malades, il peut encore exister, comme le dit M. Monod, une suppuration péri-annexielle.

Bien habile, devant tous ces foyers purulents, celui qui croit pouvoir les ouvrir tous.

On ouvre les collections les plus rapprochées du vagin, mais les lésions tubaires nous échappent presque fatalement.

Aussi n'est-il pas étonnant que, bien que vous ayez eu la satis-

faction de donner issue au pus, fatalement il persiste des clapiers, des culs-de-sac qui restent infectés, et des foyers secondaires qui peuvent être la cause de nouvelles poussées purulentes.

J'ai encore dans mon service une malade à laquelle, il y a trois mois, j'ai ouvert, par le cul-de-sac, deux poches purulentes. Un mois après, j'étais obligé d'intervenir de nouveau pour une nouvelle poche, et, il y a quelques jours, je constatais encore, au côté droit de l'utérus, une poche nouvellement formée, grosse comme une orange. Ainsi, après deux interventions par le cul-de-sac, cette femme n'est pas encore guérie.

En voulez-vous un autre exemple plus probant?

Il y a quatre mois, je faisais une laparotomie. Le ventre ouvert, je me trouvai en présence de telles adhérences que je préférai renoncer à enlever les annexes suppurées par la laparotomie.

Le ventre restant ouvert, j'incisai le cul-de-sac postérieur; avec une pince, je défonçai et ouvris, à droite et à gauche de l'utérus, les poches suppurées.

Il s'écoula une grande quantité de pus.

La masse inflammatoire s'affaissa sous mes yeux, et comme, par l'incision abdominale, je pouvais, avec une main, sentir mon instrument, jamais je ne crus être aussi sûr d'avoir tout ouvert.

Je refermai le ventre et drainai par en bas. Au bout d'un mois, la malade ne suppurait plus par son incision vaginale. Elle ne souffrait plus. Elle voulut quitter l'hôpital. Mes internes la considéraient comme guérie.

Mais je sentais encore, de chaque côté de l'utérus, des masses trop faciles à percevoir et qui m'empêchaient d'affirmer la guérison.

J'avais raison de douter, car cette femme est rentrée dans mon service, il y a quelques jours. Une nouvelle collection purulente s'était formée, qui s'était ouverte dans le rectum, et, pour guérir cette fistule rectale, je me trouvai forcé de lui faire une hystérectomie.

Cette observation ne montre-t-elle pas, en même temps que l'innocuité de l'incision du cul-de-sac, innocuité que je reconnais, l'inefficacité de cette incision pour donner une guérison durable, et cela ne justifie-t-il pas le nom d'opération d'*attente* que je donne, avec M. Routier, à cette intervention.

Je trouve encore, dans mes observations, des cas dans lesquels je me suis trouvé en présence d'une vaste collection purulente bombant du côté du vagin.

Cette collection me paraissait bien unique. Je l'ouvre; plus d'un litre de pus s'écoule, la fièvre tombe; mais, au bout de deux mois dans un cas, et de quatre mois dans un autre, la suppuration con-

tinue à s'écouler par le drain vaginal, toujours aussi abondante.

Voyant la malade s'épuiser, je fais une hystérectomie, et, au moment où j'enlève l'utérus, j'ouvre de nouvelles collections, que la présence de l'utérus empêchait de se vider.

Cette hystérectomie faite, la malade guérit par enchantement.

Ces observations ne montrent-elles pas encore l'insuffisance de l'incision vaginale pour donner un libre écoulement au pus, dans un certain nombre de cas?

Je le répète donc : dans les grandes suppurations pelviennes, dans les lésions suppurées d'ancienne date chez les femmes qui ont de vieilles lésions annexielles, dans lesquelles se fait tout à coup du pus, l'opération du cul-de-sac sera presque toujours une opération d'attente qui permettra de gagner du temps, et, donnant issue au pus, vous mettra dans de meilleures conditions pour une opération plus complète.

Dans les infections récentes, elle aura plus de chance de donner un meilleur résultat; c'est le cas des infections annexielles d'origine gonococcienne. Vous voyez souvent entrer dans votre service des femmes atteintes en même temps de vaginite, de métrite et de salpingite blennorrhagique. Sous l'influence des injections, la vaginite disparaîtra en premier; mais il persistera de la salpingite, et il se forme du pus dans la trompe.

A cette période, les lésions sont souvent plus accusées d'un côté. Elles sont alors limitées à la trompe, et l'ovaire, le plus souvent, est indemne.

Dans ces conditions, si vous ouvrez cette collection de nouvelle formation par l'incision du cul-de-sac postérieur, et si vous donnez issue au pus, vous pourrez avoir une guérison durable.

J'ai un certain nombre d'observations où les faits se sont passés ainsi, et qui me permettent de soutenir cette opinion. Dans ces conditions, l'incision du cul-de-sac postérieur devient une méthode de choix.

L'innocuité de l'opération et son efficacité doivent la faire préférer à toute autre intervention.

L'expérience a, en effet, appris le danger des laparotomies dans ces affections aiguës gonococciennes, et l'hystérectomie pour des femmes, le plus souvent jeunes, ne doit être regardée que comme une ressource ultime.

Ce sont ces cas qui nous donnent, dans mes observations, cette minorité de guérison que nous mettons à l'actif de l'opération de Récamier.

Mais, je dois cependant encore faire cette restriction que, même dans ces cas, j'ai vu l'incision vaginale échouer, et pour

peu que les lésions fussent trop étendues, être obligé d'avoir recours à une intervention plus radicale.

J'arrive maintenant au manuel opératoire.

Il existe des cas où le cul-de-sac postérieur est repoussé par une collection purulente, qui bombe dans le vagin, souvent dissèque la cloison recto-vaginale, et pour laquelle il suffit d'inciser largement le cul-de-sac postérieur.

On tombe immédiatement dans une vaste poche qu'on n'a qu'à drainer.

Il s'agit d'un véritable phlegmon péri-utérin et l'opération, dans ces cas, est des plus simples.

Il n'en est plus de même quand le pus est collecté dans une poche salpingienne ou dans des poches ovariennes plus ou moins haut placées.

Le cul-de-sac ouvert, si vous essayez de perforer cette poche, celle-ci peut fuir sous votre doigt et vous êtes obligé de la maintenir ou de la faire maintenir par une main qui, pressant sur la paroi abdominale, la refoule du côté du cul-de-sac.

Dans ces cas, le manuel opératoire a besoin d'être précisé.

Il y a longtemps que j'ai renoncé au trocart de M. Laroyenne, pour aller ouvrir la ou les poches purulentes.

Dans une région où l'on peut trouver l'intestin, l'uretère et des vaisseaux importants, ce trocart est particulièrement dangereux.

Une des difficultés, en effet, de cette opération, réside dans ce fait qu'on n'a que deux mains. Or, dans le cas actuel, on regrette que la nature ne vous en ait pas donné une troisième, qui serait bien utile.

Lorsque vous tenez le trocart d'une main, l'autre main doit guider votre instrument dans le vagin, ou repousser la tumeur et l'empêcher de fuir.

Le trocart enfoncé sans guide risque de pénétrer trop latéralement et de léser l'artère utérine ou l'uretère.

D'un autre côté, si vous guidez de l'index de la main gauche votre instrument, vous êtes obligé de demander à un aide de repousser la collection. Or, celui-ci ne repoussera jamais la tumeur, comme vous la repousseriez vous-même directement sur votre instrument. Sa pression risque de déplacer le cul-de-sac sur votre doigt, et croyant être encore bien sur la ligne médiane, vous risquez d'enfoncer trop latéralement l'instrument.

Il peut arriver qu'on repousse en même temps l'uretère et qu'on le refoule en arrière; c'est ainsi que je peux m'expliquer l'accident qui m'est arrivé une fois, et que j'ai cité dans la thèse d'un de mes élèves, M. Rosemblat.

Me servant du trocart de Laroyenne, j'essayai d'ouvrir une

collection haut placée ; le lendemain, un écoulement d'urine m'indiquait que j'avais lésé l'uretère.

Quelque temps après, les accidents péritonéaux ne s'étant pas amendés, je faisais une laparotomie. Ma malade mourait du shock.

Or, je sais que pareil accident est arrivé à un de mes collègues qui me l'a fait connaître, sans que j'aie le droit de citer ici son nom.

Depuis, j'ai mis de côté le trocart de Laroyenne et tout instrument coupant, dont l'usage me paraît parfaitement inutile pour ouvrir des poches dans lesquelles on pénètre facilement avec une pince.

Au manuel opératoire de M. Monod, qui se sert d'un bistouri boutonné, j'opposerai donc ma manière de faire beaucoup plus inoffensive, car depuis, sur plus de soixante cas d'incision du cul-de-sac, je n'ai jamais eu ni hémorrhagie ni lésion intestinale à relever.

Sauf dans deux cas où j'étais intervenu sachant que l'ouverture de la poche s'était préalablement faite dans le rectum, je n'ai jamais vu de fistules stercorales. Je le reconnais avec M. Monod, celles-ci peuvent être dues à ce que l'intestin adhérent malade se sphacèle et s'ouvre de lui-même dans le foyer purulent; mais elles peuvent aussi être produites par un coup de lame tranchante, qu'il est difficile de diriger dans une pareille profondeur.

Je termine donc en exposant ma façon de procéder.

Faisant porter le col en avant avec une pince érigne, j'incise le cul-de-sac postérieur au bistouri ou aux ciseaux dans toute sa longueur.

Avec le doigt, je décolle comme dans une hystérectomie vaginale en arrière de l'utérus, et je vais à la recherche de la ou des poches à ouvrir pendant qu'un aide me les repousse.

Dès que je sens la collection, avec une pince un peu pointue, celle qui me sert à introduire la mèche de gaze iodoformée dans l'utérus après un curettage, ou avec un dilatateur, je fonce sur cette poche; le pus qui s'écoule m'indique que mon but est atteint.

J'ouvre alors les mors de la pince et je les retire tout grands ouverts.

Je produis ainsi une ouverture très large, dans laquelle le doigt pénètre facilement, servant de guide pour le drain ou la mèche que j'y place.

Ainsi conduite, cette opération devient d'une telle simplicité que je laisse souvent mes internes la faire; encore une fois, je n'ai jamais eu d'accidents d'aucune sorte en agissant ainsi, et les hémorrhagies dont parle M. Laroyenne me sont inconnues.

M. P. MICHAUX. — Sur un total de plus de deux cent cinquante opérations pour pyosalpinx, j'ai fait trente fois l'incision du cul-de-sac postérieur, ou pour mieux dire je me suis borné trente fois à cette manœuvre que je considère et que je pratique presque toujours comme premier temps de l'hystérectomie vaginale, en ayant soin de la pousser aussi à fond que cela est possible.

Cette réserve faite, il n'est question ici que de l'incision vaginale telle qu'elle a été envisagée par M. Monod dans sa communication.

Les indications qui m'ont guidé dans le choix de cette opération se rapportent à deux catégories de faits bien distincts :

1° D'une part, — *Femmes jeunes*, de dix-huit à vingt-deux ans le plus souvent; — *Infections récentes*, pour la plupart gonococciques; Poches *salpingiennes* ou *ovariques*, plus souvent unilatérales, bien limitées, volumineuses, faisant saillie dans le vagin ou facilement accessibles par cette voie. — L'incision du cul-de-sac postérieur est faite dans un but *de conservation*.

2° D'autre part, femmes épuisées, fébricitantes, infections anciennes, souvent mixtes, pyosalpinx avec périsalpingites ou pelvipéritonites séreuses ou suppurées. Etat général grave. L'incision du cul-de-sac postérieur est une opération d'*attente* et d'*urgence*, comme le faisaient très justement remarquer MM. Quénu et Ricard dans la dernière séance.

Comme je le disais en commençant, j'ai toujours poussé aussi loin que possible le décollement et l'ouverture des poches suppurées, et je suis absolument d'accord sur ce point avec M. Monod et tous mes collègues. Je ne me borne jamais à inciser simplement les collections du cul-de-sac de Douglas, je décolle soigneusement toute la face postérieure de l'utérus, puis, fixant et faisant descendre à l'aide de la main gauche, placée sur l'abdomen les poches suppurées du petit bassin, je les crève avec le doigt et avec de longues pinces courbes que j'introduis fermées et que j'ouvre ensuite pour agrandir autant que possible les ouvertures que je viens de faire.

J'ajouterai encore que toutes ces ouvertures ont été soigneusement pansées avec des mèches de gaze iodoformée dont je bourrais la cavité suppurée, et que toutes ces malades ont été suivies très minutieusement par moi-même, pour tâcher d'obtenir le maximum des bons effets qu'on était en droit d'attendre de cette opération.

Or, malgré toutes ces précautions, les résultats n'ont pas été satisfaisants dans un très grand nombre de cas. Plus de *douze fois sur trente*, j'ai dû réintervenir secondairement et faire une hystérectomie vaginale. Les malades (et je parle ici surtout des sujets

jeunes, à grosses poches ovariques ou salpingiennes bien limitées, les malades, dis-je, après avoir été soulagées pendant un temps variable, se sont mises à souffrir; la cavité a continué de suppurer, la température a recommencé à s'élever le soir aux environs de 38°,5, 39 degrés, le toucher est redevenu douloureux, les lésions se sont reproduites souvent plus étendues, et je suis absolument de l'avis de mes collègues Quénu et Ricard sur les résultats imparfaits obtenus par l'opération dans ces cas.

Je n'ai pas été plus heureux dans les cas graves, suppurations étendues des annexes et du péritoine pelvien; l'amélioration a été parfois nulle; j'ai vu succomber trois ou quatre malades auxquelles je n'avais pas osé faire d'autre intervention que l'incision du cul-de-sac postérieur; de telle sorte que je me suis demandé si l'hystérectomie vaginale ne m'aurait pas donné de meilleurs résultats. Ce ne sont pas seulement des impressions que je traduis; j'ai relevé huit observations de ce genre, où j'ai noté au jour le jour les réflexions que j'apporte dans cette discussion.

Depuis que j'ai amélioré, à l'exemple de tous nos collègues, la statistique de mes laparotomies et hystérectomies vaginales, je ne fais plus d'incision du cul-de-sac postérieur, sauf dans les cas tout à fait désespérés dont a parlé mon collègue Quénu, et je pense avec lui que l'incision du cul-de-sac postérieur ne doit être qu'une opération tout à fait exceptionnelle.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Présentation de malades.

Carcinome ulcéré inopérable du sein.
Pansement par le carbure de calcium.

M. le Dr Guinard. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie une malade qui a depuis trois ans un carcinome du sein droit. Pendant deux ans, la tumeur s'est accrue très lentement et la malade a refusé toute intervention chirurgicale, malgré les plus pressantes exhortations de son médecin et de son entourage.

Depuis un an, la peau s'est ulcérée et il s'est formé peu à peu une caverne profonde à loger un petit œuf, située sur le segment externe et supérieur de la mamelle. Un écoulement fétide et incessant obligeait la malade à se faire quatre et cinq pansements

par jour. Chaque pansement, depuis quelques mois, était l'occasion d'hémorrhagies qui cédaient à une compression légère. Le 23 mai 1898, il se produit une hémorrhagie que rien ne peut arrêter, et c'est dans ces conditions que la malade est amenée à Lariboisière dans le service de mon maître Peyrot.

Cette femme, concierge, âgée de quarante ans, était dans un état de cachexie avancé. Elle était absolument exsangue, du fait de ses hémorrhagies incessantes.

J'applique immédiatement le pansement au carbure de calcium. Non seulement l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement, mais les douleurs et la fétidité diminuèrent dans des proportions considérables. Le pansement fut renouvelé seulement cinq jours après. Depuis cette époque, je continue les applications de carbure de calcium tous les cinq ou six jours.

Réflexions. — J'ai tenu à montrer cette malade avec son pansement. On peut voir que l'état général est relativement bon : mais surtout — et c'est sur ce point que je désire appeler l'attention — mon pansement est un pansement rare. On ne touche plus à la plaie que tous les cinq ou six jours, au lieu de la faire saigner cinq et six fois par jour. Le bénéfice est tel que la malade, placée sur mes instances à la Salpêtrière, a voulu quitter cet hospice immédiatement pour reprendre sa vie habituelle. Elle vient de temps en temps se faire panser à Lariboisière. Il y a deux jours, son pansement est resté huit jours en place ; mais il faut, pour éviter l'odeur, le renouveler au moins tous les cinq jours.

Il est impossible de n'être pas frappé de ce résultat, et je crois que tous ceux qui ont assisté à la transformation de l'état général et de l'état local de cette malade, par ce pansement si simple, n'hésiteront pas à avoir recours au carbure de calcium dans tous les cas analogues.

M. Quénu présente une malade opérée d'une tumeur du sein ; l'ablation avait nécessité une telle perte de téguments qu'il n'est arrivé à obtenir la réunion immédiate qu'avec un lambeau pris à la paroi abdominale, lambeau qu'il a ramené sur la perte de substance.

Le Secretaire annuel,

P. Reynier.

Paris — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 6 JUILLET 1898

Présidence de M. Berger

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. P. Delbet, qui remercie la Société de chirurgie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant membre titulaire;

3° Une lettre de M. Felizet, et une autre de M. Hartmann, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

4° Deux lettres de M. Giacommo (Philippo-Novaro), de Bologne, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant, et une autre de M. Chupin, de Saumur, qui remercie aussi la Société de lui avoir fait le même honneur.

A propos de la correspondance.

M. Picqué dépose deux mémoires :

Le premier, de M. Albert Martin, de Rouen, sur un *cas d'hydronéphrose volumineuse du rein droit; néphrectomie transpéritonéale; guérison.*

Le deuxième, qui contient deux observations de M. Isambert, médecin chef de l'hôpital militaire de Dunkerque : 1° *Plaie pénétrante de la région épiglottique par instrument tranchant*; 2° *Hémarthrose subite du genou gauche, d'origine intra-articulaire.*

Lettre de M. Braquehaye (de Bordeaux),

Membre correspondant.

J'ai l'honneur d'adresser à la Société de Chirurgie une observation de péritonite blennorrhagique chez une fillette de quatre ans et demi, guérie par la laparotomie.

J'ai pensé que cette simple note pouvait avoir quelque intérêt au moment où l'on vient de discuter une observation de péritonite tuberculeuse aiguë, traitée par la laparotomie.

Péritonite blennorrhagique chez une fillette de quatre ans et demi. Laparotomie. Guérison après deux poussées d'arthrite,

par M. J. BRAQUEHAYE.

Le 17 septembre 1897, on amenait à l'hôpital des Enfants la jeune Irène C..., âgée de quatre ans et demi; elle était envoyée à M. le professeur Piéchaud, que je suppléais pendant les vacances, avec le diagnostic d'appendicite.

La mère nous racontait que, depuis une semaine, son enfant se plaignait du ventre et n'allait pas à la selle; d'après les conseils d'une commère, elle lui avait fait prendre un vermifuge, puis un lavement, sans résultat.

Brusquement, il y a trois jours, nous dit-elle, l'affection débuta par une douleur très vive, en coup de pistolet, dans l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque gauche, avec fièvre intense. Quelques heures après, survenaient des vomissements verdâtres abondants. C'est alors qu'un médecin fut appelé, porta le diagnostic d'appendicite et prescrivit un lavement simple et des onctions d'onguent napolitain belladonné sur le ventre. Le mal ne fit qu'empirer.

Dès son arrivée, nous examinons l'enfant. Elle a un facies péritonéal très accentué; ses yeux sont excavés, cernés; le nez est pincé, les traits sont tirés. Du côté de l'abdomen, qui est très ballonné, les anses intestinales font saillie à travers la paroi; elle se sentent encore mieux au palper. La fillette est un peu somnolente; mais, dès qu'on touche le ventre, elle sort de sa torpeur et crie. La douleur est très vive, sur tout l'abdomen, à droite comme à gauche; la sensibilité n'est pas plus vive au point de Mac-Burney. Il n'y a pas de trace d'empâtement dans la fosse iliaque droite, ni en aucun point. Pas d'ascite.

Pendant l'exploration, nous remarquons que la chemise de l'enfant porte des taches verdâtres et qu'il existe une vulvo-vaginite intense, dont l'écoulement a excorié les cuisses et les grandes lèvres. La mère nous apprend qu'il y a plus de trois mois que dure la lésion, mais que d'après une théorie en honneur dans le peuple, elle s'est bien gardée de faire disparaître cet exutoire pour « les mauvaises humeurs ». Température rectale : 37,4; pouls, très-petit, bat à 154.

Rien à noter dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Ecartant le diagnostic d'appendicite localisée, nous portons celui de péritonite aiguë ayant pour origine soit une perforation brusque de l'appendice, soit plutôt la vulvo-vaginite propagée à l'utérus et aux annexes.

L'écoulement vaginal, examiné par notre collègue et ami Sabrazès, fourmillait de gonocoques.

En présence de ces symptômes, nous prévenions la mère de l'état très grave de sa fille et du peu de chances que nous avions de la sauver, même par une opération.

L'opération est faite aussitôt. Lavage abondant vulvaire et vaginal au permanganate; asepsie du ventre; chloroformisation. Laparotomie médiane de la symphyse à l'appendice xiphoïde. Les anses intestinales rouges et extrêmement distendues font hernie, et sont abritées dans des serviettes stérilisées, chaudes et *sèches*; il existe, à leur surface, des dépôts fibrineux, surtout abondants vers le petit bassin. Nous allons d'abord à la recherche du cæcum; il n'y a rien à l'appendice. Par contre, la rougeur est marquée dans le petit bassin, surtout à gauche. Il y a là une ou deux cuillerées de sérosité roussâtre ressemblant à du bouillon; une partie est recueillie dans des pipettes, le reste est épongé avec des compresses stérilisées; on garde aussi pour l'examen quelques débris de fibrine. Ceux-ci, de même que le liquide roussâtre sont restés stériles. Il n'est pas fait de lavages.

La masse intestinale est ensuite réduite et la paroi est suturée couche par couche: le péritoine et les muscles au catgut; la peau, au crin de Florence. Pansement : gaze et ouate stérilisées; ouate autour des quatre membres et du thorax; bouillottes.

L'opération n'a duré que dix-sept minutes depuis le début de la chloroformisation.

Au réveil, la petite malade a encore quelques vomissements verdâtres qui cessent dans l'après-midi. Le soir : température, 37,4; pouls, 130.

Le 18 septembre, l'enfant a dormi et a pris, pendant la nuit, un peu de champagne et du lait coupé d'eau de Vichy. Elle n'a plus vomi; elle répond aux questions qu'on lui pose; son facies est meilleur; le ventre n'est plus sensible. T., 38; P., 120.

Le soir, T., 38,6; P., 140. Même état général. L'enfant n'a pas été à la selle depuis huit jours. Aussi, en présence de l'amélioration de l'état général et local, coïncidant avec cette élévation de température, nous prescrivons un lavement avec une cuillerée de glycérine. Pendant la nuit, l'enfant a une selle.

Le 19, T., 37°,6; P., 100. Lavages vaginaux au permanganate, trois fois par jour.

L'état général s'améliore jusqu'au 21; la température oscille de 37°,5 à 38 degrés et le pouls de 80 à 100, le 20 septembre. Le 23, T., 37, matin et soir. L'enfant va à la selle sans lavement; jusque-là, elle n'a pris que du lait et de l'eau de Vichy et demande à manger. Nous lui permettons de prendre un jaune d'œuf battu dans du lait.

Le 22 septembre, la température est montée à 39 degrés; P., 110;

cependant le facies est bon. Nous enlevons la ouate du pansement, sans toucher à la gaze stérilisée en contact avec la plaie. Le ventre est souple ; il n'est pas douloureux à la pression. La vulvite va mieux. Nous allions incriminer l'alimentation reprise trop tôt, pour expliquer cette recrudescence de la température, lorsqu'en touchant, par hasard, le pied droit de la malade, nous constations de l'empâtement et de la douleur au niveau du tarse : une poussée d'arthrite manifeste expliquait cette élévation de la température. Néanmoins, par prudence, nous mettons de nouveau l'enfant à la diète lactée.

Les jours suivants, T. de 38 à 39 degrés et P. de 102 à 128.

Nouvelle selle le 23, après un purgatif.

Le 24 au matin, la température tombe à 37°,6 et le pouls à 98. Mais, le soir, nouvelle élévation brusque de température (39°,2).

Le lendemain, nous constatons encore une poussée d'arthrite dans les petites articulations du tarse gauche, tandis que le pied droit n'est presque plus douloureux. L'état général allant de mieux en mieux et l'enfant réclamant à manger, nous n'hésitons plus à lui permettre deux œufs à la coque par jour dans du lait, car la température est bien manifestement la signature de chaque poussée d'arthrite.

Dès le 26, la malade entre en convalescence; brusquement la température tombe à 36°,8 et, dès lors, elle ne dépasse plus 37°,4. Le pouls reste encore aux environs de 100, jusqu'au 1er octobre. Depuis, la guérison s'est maintenue parfaite.

Les fils sont enlevés le 28 septembre (onze jours après l'opération). La réunion s'est faite par première intention ; seul, le point de suture passant par l'ombilic est un peu rouge. Le ventre, tout à fait souple, n'est plus douloureux à la pression.

Au commencement d'octobre, l'alimentation ordinaire est reprise (purées, œufs, cervelles, etc.).

Malgré les lavages vulvaires, l'écoulement a persisté jusqu'au 28 octobre.

Irène C..., revue le 16 novembre, est en très bonne santé. Cependant, à plusieurs reprises, la vulvite a reparu, malgré les bains et les lavages journaliers. Il ne reste, comme suite de la péritonite, qu'une tendance à la constipation par parésie intestinale; le ventre, en effet, est ballonné, mais non douloureux. Il n'y a pas d'éventration. Nous prescrivons de temps en temps un peu de calomel (5 doses de 1 centigramme), du massage de l'abdomen matin et soir et le port constant d'un bandage de flanelle pour comprimer la masse intestinale.

Nous avons revu cette fillette tous les deux mois; la guérison est maintenant complète. C'est aujourd'hui une enfant gaie et turbulente; son ventre est normal; ses selles sont régulières et spontanées.

Les péritonites généralisées dues à la vulvo-vaginite sont rares. On voit assez fréquemment des poussées de péritonite légère causées par le gonocoque qui guérissent en quelques jours. Mais, chez notre petite malade, l'état général était profondément

atteint; aussi est-ce sans enthousiasme que nous nous sommes décidé à une intervention. Le facies et l'état du pouls nous paraissaient d'un sombre pronostic.

La difficulté du diagnostic mérite d'attirer l'attention. Si nous n'avions pas eu pour nous guider la présence d'un écoulement vulvaire abondant, nous aurions pu penser avoir affaire à une péritonite aiguë généralisée, due à une appendicite, erreur dans laquelle était tombé le médecin qui nous avait adressé la malade.

Dans les cas de ce genre, la laparotomie médiane nous semble indiquée, car le soulagement a été immédiat et dès le lendemain, l'état général était très amélioré. Néanmoins, deux conditions sont, à notre avis, très importantes :

1° Opérer vite pour éviter le shock;

2° Se servir de serviettes aseptiques, chaudes et *sèches*, pour ne pas refroidir la masse intestinale.

Un autre point intéressant de l'observation que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, c'est la double élévation de la température survenue chacune au moment d'une poussée d'arthrite blennorrhagique, alors que l'état général s'améliorait et que le ventre ne présentait aucun phénomène inquiétant. Il est certain qu'il s'agissait là d'infection générale par le gonocoque ou ses toxines dont la surface d'absorption était représentée, non seulement par les voies génitales, mais encore par la totalité du péritoine.

Enfin, je désire signaler, en terminant, la longue durée des pertes chez les enfants atteintes de péritonites dues au gonocoque. J'ai, dans mes notes, deux autres observations de péritonite après vulvo-vaginite chez des fillettes guéries par des moyens médicaux. Dans ces deux cas aussi, l'écoulement a été rebelle à un traitement régulièrement dirigé et a récidivé plusieurs fois, après avoir disparu. Il semble qu'il persiste profondément dans l'utérus ou dans les trompes, quelque foyer mal éteint, prêt à infecter de nouveau les voies génitales.

M. le Président invite M. Delbet à prendre rang parmi ses collègues.

Il fait connaître à la Société que mercredi prochain on fête le centenaire de Michelet. La Faculté est fermée; il demande si la Société veut, à cette occasion, ne pas faire séance. A la majorité des voix, cette proposition est adoptée et la prochaine séance est remise au mercredi 20 juillet.

Discussion.

Sur le traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac postérieur et latéral.

M. SCHWARTZ. — Nous avons eu l'occasion de pratiquer, un assez grand nombre de fois, l'incision vaginale de collections pelviennes suppurées. Dans la plupart des cas, il s'est agi d'abcès du cul-de-sac de Douglas, bombant dans le vagin, et qu'il était absolument indiqué d'ouvrir par cette voie ; ils appartenaient à cette catégorie de faits pour laquelle tout le monde est d'accord du moment que le pus est venu se faire jour jusque près de la muqueuse vaginale; nous n'en parlerons pas, et nous nous contenterons de dire que si la plupart du temps les malades ont guéri par le drainage, il y en eut d'autres qui ont gardé longtemps une fistule, d'autres encore, chez qui il a fallu intervenir par une hystérectomie ou une laparotomie secondaire, par suite de la persistance de la suppuration, de la prise des annexes des deux côtés.

Nous avons pratiqué moins souvent, une quinzaine de fois, l'incision de collections pelviennes plus haut placées, parce que malgré la simplicité apparente de la méthode, elle ne nous a pas paru présenter la sécurité et l'efficacité de la laparotomie. Une des premières fois que nous la mîmes en pratique, c'était en 1894, nous fûmes désagréablement impressionné par un accident opératoire grave; c'est là probablement une exception, mais elle n'était pas faite pour nous encourager.

Il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'accidents graves de suppuration pelvienne unilatérale. L'examen nous fit constater la présence dans le cul-de-sac gauche et assez près du vagin d'une poche fluctuante, probablement un pyosalpinx gauche. La laparotomie étant difficilement acceptée, nous pensâmes faire l'incision de cette poche par le vagin. La malade fut endormie, nous mîmes bien à jour le cul-de-sac vaginal; l'incision fut faite lentement, couche par couche en arrière; le vagin dépassé, une main faisant pression sur l'abdomen pour abaisser la tumeur et la tenir sous le bistouri, celui-ci la ponctionna et un flot de pus nous montra que nous étions bien dans la poche, mais celui-ci fut aussitôt suivi d'un flot de sang d'une telle abondance que je crus avoir lésé un gros vaisseau; il me fut difficile de placer profondément une pince, sur les tissus d'où partait l'hémorrhagie ; la malade fut reportée dans son lit et eut un collapsus grave, dont elle ne se releva que grâce aux injections sous-cutanées de sérum. Notre opérée guérit ensuite parfaitement de son opération.

L'hémorrhagie est un accident avec lequel il faut compter, surtout

lorsqu'on a affaire à des femmes à vagin long et étroit, difficile à aborder, et nous mettons en fait qu'actuellement une laparotomie, même difficile, nous donne à cet égard une bien plus grande sécurité.

Un autre accident, qui est arrivé à une malade que j'ai soignée et qui a été vue ensuite par un autre confrère, a été bien plus grave.

Je fus appelé, il y a dix mois, près d'une femme d'une quarantaine d'années atteinte d'une grosse collection purulente pelvienne faisant saillie dans le cul-de-sac droit et en arrière. Comme elle était faible, anémique, d'un mauvais aspect comme santé générale, je proposai de courir au plus pressé, sans faire courir grand danger à la malade et d'ouvrir la collection toute proche du vagin; ce qui fut fait. Drainage et lavages de la poche. Celle-ci était en voie de cicatrisation, quand un nouvel abcès apparut du côté opposé. Devant cette bilatéralité des lésions, je fis entrevoir l'éventualité d'une laparotomie avec castration utéro-ovarienne et réservai fortement mon pronostic. Un confrère appelé auprès de la patiente proposa l'ouverture du nouvel abcès par le vagin et la pratiqua. Elle fut, paraît-il, assez laborieuse, et l'opérée succombait au bout de vingt-quatre heures, soit d'hémorrhagie interne, soit de péritonite diffuse, probablement par ouverture de la grande cavité péritonéale.

Pas plus tard qu'il y a trois semaines, le même accident m'est arrivé dans les conditions que voici :

Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, atteinte bien manifestement de salpingo-ovarite unilatérale avec des poussées de fièvre, développement d'une tumeur gauche qui grossit peu à peu, et proémine dans le ventre et dans le cul-de-sac gauche. Comme elle me paraissait facilement accessible par le cul-de-sac, étant donné l'état fébrile et la certitude d'un pus infectieux, je me décidai pour la voie vaginale, me promettant de suivre les règles si bien tracées par notre collègue Monod. La malade endormie, le vagin bien lavé, j'abaissai, le col utérin, le fis tirer à droite pendant qu'un aide appuyait sur le bassin et me refoulait légèrement la tumeur vers le vagin. Une incision transversale immédiatement en arrière de la ligne médiane me permit d'ouvrir une première collection, qui donna issue à un pus séreux; je sentis, sous mon doigt, introduit dans la cavité une fois vidée, une seconde poche, la plus grande, située au-dessus; le doigt placé sur elle, je ponctionnai avec le bistouri et vidai cette seconde poche, puis j'introduisis un drain et me mis mis en devoir de la laver à l'eau boriquée; je fus frappé de ce que le liquide ne ressortait pas le long du drain et soupçonnai aussitôt une communication avec la grande cavité péritonéale. La malade fut, séance tenante, préparée pour la laparotomie. Celle-ci fut pratiquée, et me démontra les faits suivants. La deuxième poche, qui était une poche de pelvipéritonite avec adhérences molles, communiquait largement avec

le péritoine dans lequel se trouvait le bout du tube à drainage. Au-dessus d'elle, existait un gros abcès de l'ovaire adhérent : en haut à une trompe, suppurée, mais peu volumineuse; en arrière et au dehors au rectum et à l'S Iliaque ; je fis immédiatement, le tronc soulevé, un grand lavage du péritoine pelvien en abstergeant bien avec des compresses, puis on enleva l'abcès de l'ovaire et la trompe. Annexes droites saines. Drainage par le cul-de-sac de Douglas et par la partie inférieure de la plaie abdominale. Mon opérée va aujourd'hui aussi bien que possible.

Telle est l'observation. Elle nous montre, il est vrai, un cas compliqué, puisqu'il y avait au moins trois poches, dont la principale était très haut située et difficilement accessible; mais elle nous montre aussi combien est scabreuse, malgré toutes les précautions, la voie vaginale, tandis que la laparotomie nous a permis de nous rendre compte rapidement, de ce qui existait, de parer à l'accident arrivé, enfin de terminer très vite l'opération. Une manière de faire, qui expose un chirurgien ayant une certaine habitude des opérations par le vagin, à un accident pareil, ne doit pas être conseillée comme opération courante.

J'ai enfin par devers moi un fait très instructif au point de vue de l'action curative de l'incision vaginale.

Une femme de trente-cinq ans environ, que je vis il y a sept ans, était atteinte de lésions annexielles droites suppurées, que je crus devoir ouvrir par le vagin. La guérison fut obtenue, l'opérée resta guérie pendant six ans; mais il y a deux ans, elle fut reprise d'accidents de péritonite très graves qui me permirent d'intervenir par la laparotomie et de drainer par la fosse iliaque une collection pelvienne, qui s'était reformée au niveau des anciennes lésions; il n'y avait pas lieu de songer chez elle à une opération plus sérieuse, son état général étant peu brillant. Elle a parfaitement guéri au bout de deux à trois mois de traitement.

Voilà donc quatre faits, sur une quinzaine, où nous sommes intervenu de cette façon, où il y a eu trois fois des accidents immédiats, une fois une rechute tardive montrant combien il faut être réservé pour prononcer le mot de guérison. C'est vous dire que je ne suis pas un chaud partisan de la manière de faire de notre collègue Monod, malgré les réels perfectionnements qu'il a apportés à la pratique de l'incision, malgré la précision de sa technique opératoire.

Je reconnais que les résultats qu'il nous présente sont bien faits pour nous tenter, mais je n'en resterai pas moins, hormis des faits exceptionnels et lorsqu'il ne s'agit pas de ces cas où tout le monde est d'accord pour faire l'incision vaginale, partisan de la laparotomie, à mon avis moins aléatoire et plus efficace.

M. P. Bazy. — Les questions soulevées par M. Monod dans sa communication sur le traitement des suppurations pelviennes par l'incision vaginale sont assez multiples.

En premier lieu, il semblerait, vu le nombre des faits qu'il nous a apportés ici, qu'il fait de cette incision, en quelque sorte, le traitement de choix de ces suppurations.

En deuxième lieu, pour justifier ce traitement, il apporte des faits suivis assez longtemps pour que nous ayons le devoir d'en tenir compte.

La première de ces propositions est la conséquence de la deuxième.

Car, si la guérison par l'incision vaginale est définitive, il s'ensuit que c'est la voie vaginale qu'il faudrait préférer à toute autre.

Les faits apportés par M. Monod semblent le prouver, et nous connaissons trop sa conscience pour n'être pas certains que tous ces faits ont un caractère d'authenticité, que n'ont malheureusement pas tous ceux qui ont été publiés.

Il y a, entre M. Monod et ceux de nos collègues qui ont pris la parole, des divergences presque absolues; la plupart, sinon tous, continuant à accepter les idées exprimées ici, il y a longtemps, par M. Bouilly, et limitant, comme lui, l'incision vaginale à des collections bas situées, uniques, récentes; faisant de l'incision vaginale un traitement d'attente, destiné à parer aux accidents immédiats et à préparer le terrain à une autre opération, l'hystérectomie vaginale, dont elle atténuerait ainsi la gravité.

Je commence par dire que je partage absolument cette dernière manière de voir et que je conforme ma pratique à ces principes.

Je réserve l'incision vaginale aux collections uniques, ou aux lésions récentes, aiguës; je réserve l'hystérectomie vaginale aux lésions doubles avec fièvre, avec poussées aiguës, craignant, dans ce cas, l'irruption d'un pus virulent dans la séreuse péritonéale, après avoir ou non fait une incision vaginale d'attente.

Je continue à garder quelque préférence pour la laparotomie, même dans ces cas, parce qu'elle me permet de mieux voir, de mieux me rendre compte des lésions.

C'est du résultat de ces opérations dont je vais vous parler, ce qui me permet d'expliquer jusqu'à un certain point les bons résultats obtenus par M. Monod par l'incision vaginale simple.

Je dicte immédiatement après l'opération toutes les particularités de cette opération.

C'est le meilleur moyen d'éviter les écarts de l'imagination et de décrire non pas ce qu'on aurait voulu voir, mais ce qui est.

C'est le résultat du dépouillement de ces observations opératoires que je vais vous donner. C'est à l'anatomie pathologique

que je vais demander l'explication des divergences dont je parlais tout à l'heure.

Tout d'abord, il existe des lésions suppuratives unilatérales.

Sur vingt-une laparotomies pour suppuration pelvienne que j'ai faites depuis le commencement de l'année à l'hôpital Saint-Louis, je relève trois suppurations unilatérales, avec intégrité absolue des annexes du côté opposé.

Dans un cas, cette intégrité est même si absolue que, quoiqu'il s'agisse d'une femme ayant eu neuf enfants, je ne me suis pas cru autorisé à enlever la trompe et l'ovaire sain.

J'ai pu aussi, dans deux de ces cas, faire une constatation intéressante, à savoir que, dans des cas de lésions suppuratives unilatérales des annexes, on peut croire à des lésions bilatérales, car des adhérences intestinales, des franges épiploïques et de l'épiploon épaissi et induré, accolés au côté sain de l'utérus et à la face postérieure du ligament large peuvent faire croire à des lésions annexielles, alors que les mêmes annexes sont absolument saines.

Si des faits de ce genre justifient les opérations conservatrices, telles que l'incision vaginale, et constituent un argument en faveur de la laparotomie, il faut reconnaître que les lésions suppuratives sont bien souvent doubles, sinon en tant que lésions suppuratives, du moins en tant que lésions justiciables de l'ablation, et alors les partisans des opérations complètes et radicales par le vagin ou l'abdomen peuvent justifier leur manière de faire.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, je suis de ces derniers, mais la laparotomie convient mieux à mes idées et à la tournure de mon esprit qui désire voir clair et qui ne subordonne cette préoccupation qu'à l'intérêt du malade.

Or, voici ce qu'on voit quand on fait une laparotomie non suppurative.

Ces réflexions ne sont basées que sur les *observations opératoires* consignées dans mes registres d'opérations, depuis mon arrivée à l'hôpital Tenon, en février 1896, jusqu'à ce jour. Je néglige les opérations que j'ai faites pendant mes remplacements, alors que je n'avais pas l'habitude de dicter mes opérations immédiatement après les avoir faites, et celles que j'ai pratiquées pendant les trois années que j'ai eu l'honneur d'être l'assistant de mon maître et ami M. Peyrot, à Lariboisière. Je néglige de même mes opérations de la ville.

Ces observations sont au nombre de trente-huit. Elles me paraissent constituer un bagage suffisant pour l'étude anatomopathologique du sujet qui nous occupe.

Les trompes malades tombent en général dans le cul-de-sac de

Douglas se repliant plus ou moins derrière l'utérus, se renflant progressivement de l'insertion utérine vers le pavillon, ce renflement progressif étant dû à l'épaississement des parois et à la dilatation de la cavité tubaire.

Cette trompe, plus ou moins distendue par le pus, est ou oblitérée complétement, adhérente à la face postérieure de l'utérus en avant du rectum ou à l'S iliaque prolabée en arrière, descendant plus ou moins dans le cul-de-sac de Douglas.

Elle arrive quelquefois jusqu'au fond de ce cul-de-sac, et c'est elle que l'on y sent directement, ou bien elle plonge dans de la sérosité qui remplit ce cul-de-sac, *enkystée* ou non, ou dans un abcès, et alors on a les deux éventualités signalées par M. Monod quand il fait l'incision vaginale : écoulement de sérosité d'abord, ou bien de pus, puis sensation, par le toucher vaginal, d'une masse plus ou moins volumineuse qui est la trompe distendue par du pus.

Dans d'autres cas, au contraire, la trompe, au lieu d'être oblitérée, vient s'appliquer à la façon d'un énorme capuchon sur l'ovaire, auquel elle adhère plus ou moins fortement, ainsi qu'aux parties voisines, et quand on la détache, il s'écoule du pus qui, ainsi qu'on le voit très nettement quand la trompe et l'ovaire sont enlevés, se trouvait constituer un abcès dont les parois étaient formées par le pavillon élargi et épaissi, par l'ovaire et les parties avoisinantes.

Dans ces cas aussi, on voit quelquefois l'ovaire plus ou moins envahi ou même détruit par la suppuration. Dans ces cas encore, on voit des abcès péritubaires et périovariens, mais, de préférence, situés dans le cul-de-sac de Douglas, constituant toujours les deux poches signalées par M. Monod.

Je n'ai pas la prétention d'avoir fait l'anatomie pathologique des suppurations pelviennes.

J'ai simplement voulu montrer que nos observations concordaient avec celles qu'avait faites M. Monod.

Ce qui, à mon avis, fait l'intérêt de cette communication, c'est d'abord le manuel opératoire, qui me paraît expliquer les succès thérapeutiques obtenus par M. Monod, et la possibilité de la guérison, sinon définitive, tout au moins prolongée par cette intervention qui ne paraît, *à priori*, que palliative.

J'avoue qu'il paraît difficile, quand on voit ces trompes épaissies, sclérosées, qu'on enlève par voie abdominale, que la simple incision suffise à les rendre définitivement silencieuses, mais certaines hystérectomies vaginales que nous pratiquons dans des conditions analogues sont-elles, à ce point de vue-là, plus complètes? Assurément non : car, dans quelques cas, on doit se borner

à ouvrir les poches sans les enlever complétement et, néanmoins, le silence se fait souvent définitif.

Malgré ces considérations, en apparence favorables à l'opération défendue ici par M. Monod, en présence des lésions dont nous sommes journellement témoins dans les laparotomies, des difficultés que l'on peut avoir à ouvrir toutes les collections, des rétentions possibles de pus derrière les points rétrécis des trompes, je reste partisan des opérations radicales et, tout en pensant que l'hystérectomie vaginale et la laparotomie peuvent, dans des cas semblables, donner d'aussi bons résultats, je donne la préférence à la laparotomie, qui me permet de faire une opération plus complète, même quand je ne joins pas à l'ablation abdominale des annexes l'ablation de l'utérus que je n'ai fait dans ces conditions que trois fois.

La suite de la discussion sera remise à la prochaine séance.

Communications.

Tétanos mortel malgré trois injections de sérum antitétanique,

par M. RÉMY.

L'examen de cette communication sera remis à une commission composée de MM. Monod, Reclus et Bazy; M. Reclus, rapporteur.

Sur le traitement de l'appendicite aiguë,

par M. POIRIER.

Messieurs, l'accord n'est pas encore fait sur le traitement des appendicites; cependant, les divergences deviennent de moins en moins profondes. Dans une clinique récente, Reclus a résumé avec son ordinaire précision d'idées et son habituelle clarté de style l'état de la question. Entre les opinions extrêmes des médecins, dont les uns reconnaissent avec le Pr Dieulafoy « qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite », tandis que les autres inclinent à penser avec Millard et Dumontpallier « que l'appendicite guérit toute seule dans l'immense majorité des cas », notre collègue conclut qu'il y a place pour des opinions plus tempé-

rées, qu'il y a des indications cliniques à saisir, et que *notre conduite doit varier suivant la forme des appendicites.* Cependant, lorsqu'on se donne le plaisir d'achever la lecture de l'intéressante clinique de M. Reclus, on s'aperçoit bientôt que notre collègue conclut, presque sans restriction, à l'intervention dans toutes les formes de l'affection. Pour ma part, je vais un peu plus loin et je conclus de l'étude de dix-sept cas que j'ai eus à traiter depuis le premier janvier de cette année, que « *sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée, et le plus rapidement possible.* »

Aujourd'hui, je désire vous entretenir plus particulièrement de cette variété de la maladie que l'on qualifie « Appendicite avec péritonite généralisée ». Nous sommes tous d'accord maintenant pour réserver le nom de péritonite généralisée à ces cas dans lesquels, à côté d'un appendice enflammé, suppuré, enkysté ou non, la totalité de la séreuse est prise et montre ses anses intestinales rouges, revêtues d'un dépôt pseudo-membraneux et flottant dans un liquide puriforme. Avec cette péritonite généralisée, il peut y avoir et il y a le plus souvent des collections purulentes enkystées autour de l'appendice; mais le pus de ces collections est tout différent du liquide puriforme contenu dans la grande cavité péritonéale. Je spécifie ce point, parce que l'on a quelquefois qualifié péritonites généralisées des cas dans lesquels on avait eu seulement affaire à de grands kystes purulents : l'erreur est facile à éviter et ne devra plus être faite.

Je n'ai en vue ici que les cas de péritonite généralisée. Or, quelques chirurgiens, la majorité je crois, pensent encore que ces cas de péritonite généralisée doivent échapper à l'intervention chirurgicale : Talamon, Roux, Jalaguier, Reclus, d'autres encore sont de cet avis. Sans doute, ces auteurs ont surtout en vue ces cas dans lesquels la péritonite généralisée survient « d'emblée » et se manifeste par ces symptômes de septicémie péritonéale dont Jalaguier a si bien tracé le tableau clinique. Je crois que ces cas de péritonite généralisée d'emblée doivent être bien rares; je n'en ai jamais observé, et je pense que, le plus ordinairement, il s'agit de cas dans lesquels les premiers symptômes de la maladie ont échappé à l'observation. Nous savons tous avec quelle facilité certains malades portent et promènent, à cheval ou à bicyclette, une appendicite en pleine évolution; à un moment donné, par le fait de la rupture d'une adhérence, ou même sans rupture, la grande séreuse est frappée et la maladie paraît débuter à ce moment seulement, revêtant toutes les apparences d'une péritonite généralisée d'emblée. Il n'en est rien et l'intervention le prouve, si l'on intervient, comme je le conseille fermement.

J'ai eu l'occasion d'intervenir récemment dans un cas de ce genre : les premiers incidents avaient passé presque inaperçus; le médecin n'avait été appelé qu'au moment du début de la péritonite; et, bien que mon malade soit mort d'une hémorrhagie, au septième jour après l'intervention, il m'est permis de dire que j'ai guéri une péritonite généralisée à laquelle il eût succombé dans les vingt-quatre heures au plus, et que nombre de chirurgiens n'auraient pas opérée.

Voici l'observation très résumée :

A. M., dix-sept ans, très robuste, bonne santé générale, constipation habituelle, a été atteint, il y a trois ans, d'une affection abdominale, avec douleurs prédominant du côté droit; part en vacances de Pâques le samedi 9 avril, mange des œufs durs dans le train et éprouve quelque difficulté à les digérer; n'en parle même pas à sa famille; le lendemain, dimanche, fait une course de 20 kilomètres à bicyclette, mange du pain bis et boit du cidre dans une ferme; ressent encore quelques douleurs abdominales, n'en parle pas; le lundi, 3e jour de la maladie, mange et boit comme à l'ordinaire, va à la garde-robe et en soirée; ressent encore quelques vagues douleurs, s'endort là-dessus et se sent assez bien le lendemain pour faire un trajet de 50 kilomètres en chemin de fer. Le mercredi, 5e jour, les douleurs reviennent, plus vives, et s'accompagnent de *vomissements verdâtres;* en même temps, le ventre se ballonne, et le médecin (Dr de la Bellière, de Bréhal), appelé alors seulement, diagnostique péritonite; on donne un peu d'opium, le pouls tombe à 120 degrés; le malade se plaint moins; on croit à une amélioration; cependant le médecin me télégraphie de venir; j'arrive, le 7e jour au matin, et je constate, en dépit de la tranquillité du malade qui ne souffre plus, que tout le monde trouve mieux, je constate, dis-je, que l'organisme est profondément touché et que le malade n'a plus que quelques heures à vivre.

Pendant que l'on va chercher le nécessaire à la ville voisine, je reconstitue l'historique et reconnais le début appendiculaire. A droite, je trouve un appendice *gangrené* au centre d'un abcès enkysté; j'incise ensuite à gauche; un flot de liquide puriforme jaillit et les anses intestinales apparaissent rougeâtres, revêtues de fausses membranes. Je fais un grand lavage de la cavité péritonéale, ayant soin de porter le tube de caoutchouc dans toutes les directions, pendant qu'avec une main je brasse les anses intestinales; je ne cesse que lorsque le liquide ressort à peu près pur; je laisse cinq drains en place, trois à gauche, deux à droite. Pendant quarante-huit heures, l'état resta très grave; les lèvres des plaies étaient noires, luisantes, sèches; autour d'elles, une zone livide infiltrait les tissus; deux injections intra-veineuses de 1,200 grammes de sérum triomphèrent de cette septicémie; le 3e jour après l'opération, une débâcle intestinale survint et le ballonnement abdominal commença à diminuer. Le lendemain, une purgation acheva de vider l'intestin; la fièvre tomba complètement et le ventre reprit sa

souplesse. Les drains furent retirés. Le malade commença à s'alimenter. Le mieux s'accentua les jours suivants; le malade, redevenu gai, causait et mangeait; tout faisait prévoir une guérison prochaine, quand, le 7e jour après l'opération, le détachement d'une escharre de la plaie iliaque droite ouvrit la veine circonflexe iliaque; le médecin arriva trop tard pour arrêter cette hémorrhagie qui emporta en cinq heures le jeune malade affaibli par l'infection dont nous avions triomphé. Malgré que le malade ait succombé par le fait de cet incident, je pense que ce cas doit être compté parmi ceux qui plaident en faveur de l'intervention dans les cas de péritonite généralisée.

Si je passe en revue les dix-sept cas que j'ai opérés depuis le premier janvier de cette année, tous plaident en faveur de l'intervention précoce. Je crois que le rôle du chirurgien dans l'appendicite peut être résumé dans cette formule : *il guérit toujours lorsqu'il est appelé à temps.* Pour mon compte, je ne connais point de contre-indications à l'intervention. Veuillez rappeler vos souvenirs et vous trouverez certainement que, dans les cas rares aujourd'hui, où vous n'avez point sauvé vos malades, vous avez eu à regretter d'avoir été appelés et d'être intervenus trop tard. Je n'ai jamais eu à me repentir d'être intervenu.

Bien qu'actuellement, il meure moins de malades d'appendicite qu'il y a quelques années, parce que la maladie est plus vite reconnue et le chirurgien plus tôt appelé, il en meurt encore trop; et les décès résultent en majorité de ce que le chirurgien a été appelé trop tard ou qu'il a trop temporisé.

Je crois qu'il y a intérêt, intérêt grave, à ce que la Société de Chirurgie dise, formule son avis, qui servira de guide. Nos précédentes discussions n'ont pas éclairci tous les points.

Je crois, Messieurs, qu'il serait opportun de parler du manuel opératoire de l'opération et de diverses occurrences qui peuvent se présenter en son cours. Doit-on se borner à ouvrir les abcès et à drainer? Faut-il toujours chercher à réséquer l'appendice? Où doit-il être réséqué? Quand doit-on ouvrir et laver la grande séreuse péritonéale?

Nous procédons tous à peu près de la même façon contre ou vers l'appendicite; cependant, il est des variantes dans le manuel opératoire. Voici, pour mon compte, comment j'opère toujours : j'incise parallèlement à la moitié externe de l'arcade crurale et j'étends mon incision à 4 centimètres au-dessus de l'épine iliaque supérieure. Cette incision est faite à 3 centimètres au-dessus des vaisseaux circonflexes iliaques, que l'on reconnaît ordinairement au cours de l'opération. Lorsque je suis arrivé derrière le transverse, je cesse d'aller devant moi; je creuse avec le doigt et la sonde cannelée pour décoller le péritoine iliaque comme si j'allais

à la recherche des vaisseaux iliaques externes. J'aborde ainsi l'appendice ou la région appendiculaire par sa face postérieure ; dès lors, c'est en procédant *d'arrière en avant*, avec le doigt ou la sonde cannelée, que je dissocie la tumeur appendiculaire, ouvrant les abcès, s'il y en a, détachant les adhérences, s'il s'agit d'appendicite plastique.

Ce procédé, que nous appelons *a posteriori* dans mon service d'Ivry, présente un double avantage : 1° il conduit sûrement à l'appendice; 2° plus que tout autre il ménage la grande cavité péritonéale. Il est surtout précieux dans l'opération à *froid*, quand l'appendice est petit; car, si petit qu'il soit, on le trouve toujours en palpant la région entre deux doigts, introduits dans la plaie, et la main gauche qui déprime la paroi : c'est la *palpation bimanuelle de l'appendice.*

Je pense que lorsqu'on a ouvert le ou les abcès périappendiculaires, on n'a fait qu'une opération incomplète; pour l'achever, il faut de toute nécessité, réséquer l'appendice. D'après mon expérience personnelle, cela est presque toujours possible : une fois seulement, j'ai dû renoncer à extraire un appendice qui descendait dans le petit bassin au delà de la limite que pouvaient atteindre mes doigts. Il faut donc, de parti pris, rechercher l'appendice et le réséquer *dans toute sa longueur* : c'est d'ailleurs le véritable et seul moyen de ne point oublier quelque abcès qui emporte le malade les jours suivants.

L'appendice trouvé et, d'après mon expérience personnelle, on le trouvera toujours en procédant comme je conseille de le faire, il faut le disséquer et remonter jusqu'au point où il se continue avec le cæcum. C'est peut-être parce que l'appendice a été réséqué partiellement que certains malades continuent de souffrir plusieurs années après l'opération.

L'ouverture de la grande séreuse péritonéale au cours de ces manœuvres ne peut pas toujours être évitée. Il ne semble pas qu'elle ait une grande gravité, sans doute par le fait du drainage; dans mes opérations, j'ai presque toujours ouvert plus ou moins la grande séreuse et n'ai point eu à m'en repentir, je n'ai jamais observé une infection opératoire du péritoine ; le péritoine ouvert est moins à redouter que le péritoine fermé.

Lorsque les symptômes ont permis de reconnaître que la grande séreuse est prise, il faut, séance tenante, inciser dans la fosse iliaque gauche et procéder à un lavage total du péritoine dans lequel des drains seront ensuite maintenus.

J'ai beaucoup d'admiration pour les subtilités de diagnostic dans l'appendicite, mais je dois reconnaître qu'elles sont souvent déjouées par l'événement. Pour résumer mon impression en quel-

ques mots, je dirai : il faut intervenir dans tous les cas d'appendicite aigüe, parce que l'opération, sans gravité par elle-même, sera presque toujours utile et ne pourra jamais être nuisible.

M. Reclus. — Malgré l'extrême clarté de l'exposition de M. Poirier, je voudrais lui poser cette question. Quand il a dit qu'il fallait opérer les appendicites le plus rapidement possible, a-t-il voulu résoudre la question de l'appendicite à froid?

M. Poirier. — Pour moi, je crois qu'il vaut mieux ne pas attendre.

M. Reclus. — Ce traitement de l'appendicite a déjà été l'objet d'une discussion générale très étendue, et dans cette discussion, on a débattu la question de savoir si, quand on a ouvert le foyer, il faut toujours chercher l'appendice, ou se contenter d'ouvrir simplement l'abcès; les uns sont du premier avis, les autres, M. Quénu par exemple, se sont rangés à la seconde manière de voir.

J'ai adopté une opinion mixte; je crois qu'il faut chercher l'appendice parce qu'on a ainsi chance d'ouvrir les abcès, ignorés parfois sans cela. Mais je ne crois pas qu'il soit si utile qu'on le dit d'enlever toujours cet appendice. J'ai cherché dans ma statistique et, dans les deux tiers des cas, je n'ai pas enlevé l'appendice depuis 1890; et je n'ai jamais eu de récidive. Je sais toutefois qu'il en existe; vous venez de m'en citer une; j'en ai vu une avec M. Richelot; avec M. Aviragnet, j'ai soigné un malade chez lequel une fistule persista un an; mais, chez ce malade très anémié, je me contentai de conseiller la campagne et il en revint guéri. Je connais encore les observations de Routier, Bouilly, Richelot, mais ces faits sont si rares, que je persiste à croire qu'il vaut toujours mieux ne pas courir la chance d'une inoculation du péritoine, en faisant, pour trouver l'appendice, les larges recherches de M. Poirier.

M. Brun. — Sans vouloir entrer dans la discussion générale du meilleur mode de traitement de l'appendicite, il est dans la communication de notre collègue Poirier quelques points auxquels je ne puis me dispenser de répondre.

Pour ce qui est tout d'abord de la recherche de l'appendice dans les abcès péri-appendiculaires, je crois qu'il faut la pratiquer le plus souvent possible, sa résection mettant seule à l'abri d'une récidive. Notre collègue Reclus, nous a dit, il est vrai, que sur les nombreux malades qu'il avait opérés par simple ouverture du foyer, aucun n'avait eu de crise nouvelle. Je puis, en revanche, vous citer, dans ma pratique personnelle, trois exemples d'enfants

qui, opérés dans ces mêmes conditions, ont dû plus tard subir l'appendicectomie, deux pour fistule persistante, un pour réapparition de plusieurs crises inquiétantes. Je crois donc la recherche de l'appendice utile et je la pratique toujours lorsque je suis appelé à intervenir dans les premiers jours qui suivent la formation de l'abcès. Je n'ai, à la suite de cette pratique, jamais observé d'accidents et je n'ai, en particulier, jamais vu se produire l'inoculation péritonéale redoutée de plusieurs de nos collègues. Il est des cas toutefois, où je limite mon intervention à la seule ouverture du foyer purulent, c'est lorsque je me trouve tardivement en présence d'appendicites à forme lente, à marche insidieuse, où je me sais exposé à rencontrer de petits foyers multiples isolés, limités par des anses intestinales altérées et ramollies. Je m'abstiens, dans ces cas, de toute recherche appendiculaire, craignant alors, moins l'infection péritonéale généralisée, que les ruptures intestinales et les fistules pyo-stercorales consécutives.

Pour ce qui est de savoir si toute appendicite diagnostiquée doit être immédiatement opérée, je ne partage nullement l'opinion formulée par notre collègue Poirier. Là encore, tout dépend pour moi de l'âge de l'appendicite. Si je suis appelé au début, dans les quatre ou cinq premiers jours, toujours je commence par instituer le traitement médical (repos absolu, diète, glace sur le ventre, morphine) et dans la très grande majorité des cas, je vois les accidents s'amender et je puis pratiquer plus tard la résection à froid. Le traitement médical, tel que je le comprends, est si souvent efficace que, depuis qu'il est pratiqué de bonne heure, et je crois que les discussions de notre Société ont eu, à ce point de vue, la meilleure influence, le nombre des appendicites, que j'ai été, dans mon service, obligé d'opérer d'urgence, a considérablement diminué. Les enfants envoyés plus tôt par les médecins de la ville ont presque toujours leur crise aiguë jugulée et subissent, trois semaines ou un mois après, la résection appendiculaire qui jusqu'à présent s'est toujours montrée entre mes mains sans danger. Je crois toutefois qu'il ne convient pas de prolonger outre mesure l'épreuve du traitement médical et, lorsqu'après vingt-quatre ou quarante-huit heures de ce traitement, je ne vois survenir aucune modification dans la température, j'interviens sans hésiter.

Il est enfin une catégorie de cas où l'opération, aussi prompte que possible, s'impose, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une appendicite septique. Dans ces cas, qu'on arrive assez aisément à distinguer à la rapidité et à la faiblesse du pouls, au facies spécial, au peu de réaction douloureuse du côté du ventre, on n'obtiendra de guérison qu'à la condition d'opérer à une période

aussi rapprochée que possible du début des accidents. J'ai ainsi, dans des cas en apparence désespérés, obtenu quatre guérisons que je n'ai dues, j'en suis convaincu, qu'à la promptitude de mon intervention.

Hernie crurale sphacélée, guérie par le procédé de l'enfouissement,

par M. BEURNIER.

La communication de M. Beurnier est renvoyée à l'examen d'une commission; M. Chaput, rapporteur.

Présentation de malades.

M. Gérard Marchant présente :

1° Un malade auquel il a réséqué, par le procédé de M. Quénu, le ganglion de Gasser pour une névralgie fasciale rebelle. Le malade est guéri et la déformaton est minime.

2° Un malade auquel il a pratiqué la *suture artérielle de l'humérale* pour un anévrysme artérioso-veineux de cette artère dans le tiers supérieur du bras. La perforation avait été déterminée par un tiers-point, dans une rixe. La suture a été rendue délicate par le petit volume de l'artère, et il est possible que l'un des trois fils placés pour oblitérer l'artère ait été perforant. Ce qui revient à dire que cette suture convient surtout pour les artères d'un gros calibre.

Les battements de l'artère ont disparu immédiatement après la suture, mais à la fin de l'opération ils ont pu être sentis par tous les assistants. Ce n'est que depuis quelques jours (et le sujet est opéré depuis un mois) que ces battements ont perdu de leur amplitude.

M. Ricard. — Je voudrais dire que cette suture artérielle, qui a été faite en Allemagne, mais sur des artères volumineuses comme la fémorale, est très intéressante. Dans le cas de M. Marchant, je ne sens pas de pouls radial, et je me demande si cette suture n'a pas arrêté la circulation dans l'humérale.

M. Poirier. — Je ne sens pas non plus de battements au pli du du coude.

M. Gérard Marchant. — Je n'ai pas fait la ligature, mais la suture ; trois quarts d'heure après, j'ai senti le pouls, et on le sent encore, plus affaibli bien entendu, mais il existe.

Goitre exophtalmique. Résection de deux segments des deux grands sympathiques (partie inférieure du ganglion supérieur et portion moyenne). Grande amélioration.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade de trente et un ans, que j'ai opérée pour un goitre exophtalmique, ayant débuté il y a quatre ans à peu près ; un goitre pulsatile et frémissant, avec exophtalmie, tachycardie, paroxysmes et accès de suffocation la nuit, surtout avec irradiations dans les membres supérieurs, de douleurs partant de la région précordiale et sous-claviculaire et avec tremblement.

Première opération, à droite, le 1er février 1898. — Chloroforme difficile. Difficulté de découvrir le nerf collé contre la gaine des vaisseaux du cou dans un tissu aréolaire, très pénible à disséquer. *Durée une heure.* Résection de la partie inférieure du ganglion cervical supérieur et de la partie supérieure du moyen, avec tout le nerf intermédiaire. Réunion par première intention. La malade sort le 6 mars ; rétrécissement de la pupille droite, accès moins intenses, mais persistant toujours.

Elle nous revient le 18 juin 1898, pour subir la seconde résection. Depuis, son cou a diminué de 1 centimètre et demi, elle tremble moins, l'exophtalmie est moindre à droite ; mais les accès nocturnes dyspnéiques et douloureux ont continué.

Deuxième opération, à gauche, le 23 juin 1898. — Chloroforme ; difficulté très grande, avec l'assistance de mon ami Rieffel qui m'avait déjà assisté la première fois, de découvrir le grand sympathique gauche, divisé en plusieurs rameaux partant du ganglion cervical supérieur. Extirpation de la moitié inférieure de ce ganglion et des rameaux s'en détachant. *Durée, une heure un quart.*

Depuis, diminution notable de l'exophtalmie, à gauche comme à droite ; le pouls est devenu régulier et à peu près normal, au lieu de battre 140 fois à la minute comme avant l'opération ; les accès dyspnéiques et douloureux nocturnes ne se sont plus du tout reproduits. Le côté gauche du cou a légèrement diminué (environ un demi-centimètre). En somme, cette malade se trouve très soulagée. Nous la suivrons et nous pensons pouvoir vous donner plus tard une observation plus complète.

M. Picqué. — Le résultat que nous montre notre collègue est assurément très intéressant.

Sans vouloir prendre part, dans cette question, encore à l'étude et si pleine d'intérêt, du traitement du goitre par la résection du grand sympathique, je ne puis m'empêcher de penser à une jeune femme dont je vous apporterai l'observation et qui, atteinte de

goitre exophtalmique, présentait des phénomènes très prononcés de tachycardie.

Je pratiquai, l'an dernier, à l'hôpital Dubois, l'extirpation du goitre : les phénomènes de tachycardie ont disparu en même temps que le goitre ; l'exophtalmie a également diminué.

M. Gérard-Marchant. — J'appuie la remarque de M. Schwartz sur l'état anatomique des tissus au cours des opérations de *résection du sympathique* dans le goitre exophtalmique. Ces tissus sont *feutrés*, *infiltrés de sang*, rappelant tout à fait la gangue du *cadavre injecté*; cette particularité crée quelques hésitations au cours de l'opération.

J'ai été frappé, au contraire, de l'intégrité de ces mêmes tissus pendant les résections du grand sympathique pour le glaucome : il y a une dissemblance visible pour les moins prévenus.

Il ne faut pas s'étonner si l'opérée de M. Schwartz n'est pas encore complètement guérie au point de vue thérapeutique : il faut, dans ces cas, des semaines, et même des mois pour obtenir un résultat parfait. L'opération est suivie dès les premières heures d'une amélioration : l'exophtalmie s'amende et même disparaît, puis, au bout de quelques jours, il y a une période *oscillante*, d'*incertitude*, dans laquelle l'exophtalmie, la tachychardie, etc., reparaissent d'une façon intermittente, surtout sous l'influence des émotions, de la fatigue. — A cette période, dont la durée varie entre plusieurs semaines et des mois, et qui est souvent traversée par des perturbations, mentales, succède la guérison définitive.

D'une façon générale, tous ces opérés se louent de l'intervention qu'ils ont subie.

Telle est mon impression, résultant de *onze opérations de résection du grand sympathique cervical*, pratiquées pour la cure du goitre exophtalmique. Lorsque j'aurai réuni sur ce sujet assez de documents positifs, je ferai le rapport dont vous avez bien voulu me charger à l'occasion des présentations de MM. Faure et Reclus.

M. Schwartz. — Je répondrai à M. Picqué que j'ai été éloigné de faire la thyroïdectomie, à cause de la vascularité du goitre. Toutes les artères de la base du cou étaient animées d'un thrill qui m'a paru être une véritable contre-indication ; de plus il aurait fallu faire une thyroïdectomie plus ou moins totale et par conséquent très grave.

M. Picqué. — Le goitre que je vous ai présenté était un goitre très vasculaire, et j'ai pu cependant l'opérer sans qu'il y eût grande effusion du sang en suivant le procédé que j'ai indiqué.

M. ROUTIER. — M. Picqué et M. Schwartz font allusion à deux cas différents. Dans le cas de M. Picqué, il n'y a eu qu'une énucléation, tandis que dans le cas de M. Schwartz, c'était une extirpation complète qu'il fallait faire; et j'approuve l'abstention de M. Schwartz en pareil cas.

M. DEMOULIN présente une femme opérée à Tenon, d'une suppuration pelvienne, par l'incision du cul de-sac postérieur, à laquelle il a été obligé de faire une laparotomie et une hystérectomie consécutive.

La présentation sera remise à l'examen de M. MONOD.

Présentation de pièces.

Kyste du vagin probablement d'origine woolfienne.

M. LUCIEN PICQUÉ. — La rareté relative des kystes du vagin d'origine woolfienne m'a engagé à vous présenter le cas suivant, que j'ai observé l'an dernier dans mon service de l'hôpital Dubois.

Extrait de mon registre de 1897, *n°* 647.

M... (Camille), vingt-neuf ans, entre le 12 octobre 1897, dans mon service, opérée le 15 octobre. Cette malade s'est aperçue de l'existence de ce kyste immédiatement après son mariage, c'est-à-dire il y a environ cinq ans. Elle raconte que, dans la position accroupie, le kyste, dont elle compare le volume à celui d'une noisette, arrive à la vulve et qu'il y apparaît avec une coloration blanchâtre. Il subit une sorte de réduction dans la position debout. Il n'a jamais causé de douleur à la malade, mais il apporte, par son volume, un obtacle sérieux au coït.

Cette tumeur resta stationnaire jusqu'au mois de mai dernier, époque à laquelle la malade accoucha normalement d'un enfant à terme. Il se produisit cependant une déchirure du périnée qui fut réunie de suite. Après l'accouchement, le kyste augmenta de volume : la malade prétend d'ailleurs qu'il est sujet à des variations de volume, qu'il augmente notablement au moment des époques et qu'il devient douloureux dans les mêmes circonstances.

Examen à l'entrée. — La tumeur occupe la partie latérale droite de la paroi vaginale antérieure allant du tubercule antérieur du vagin au cul-de-sac antérieur. La colonne du vagin est repoussée à gauche. La surface de cette tumeur est tapissée par la muqueuse, mais en un point

situé près de l'extrémité antérieure, la muqueuse amincie laisse voir le contenu séreux du kyste. La tumeur, d'ailleurs, est absolument indolente.

Dans les deux dessins ci-joints, (fig. 1 et 2), dus à l'habile crayon

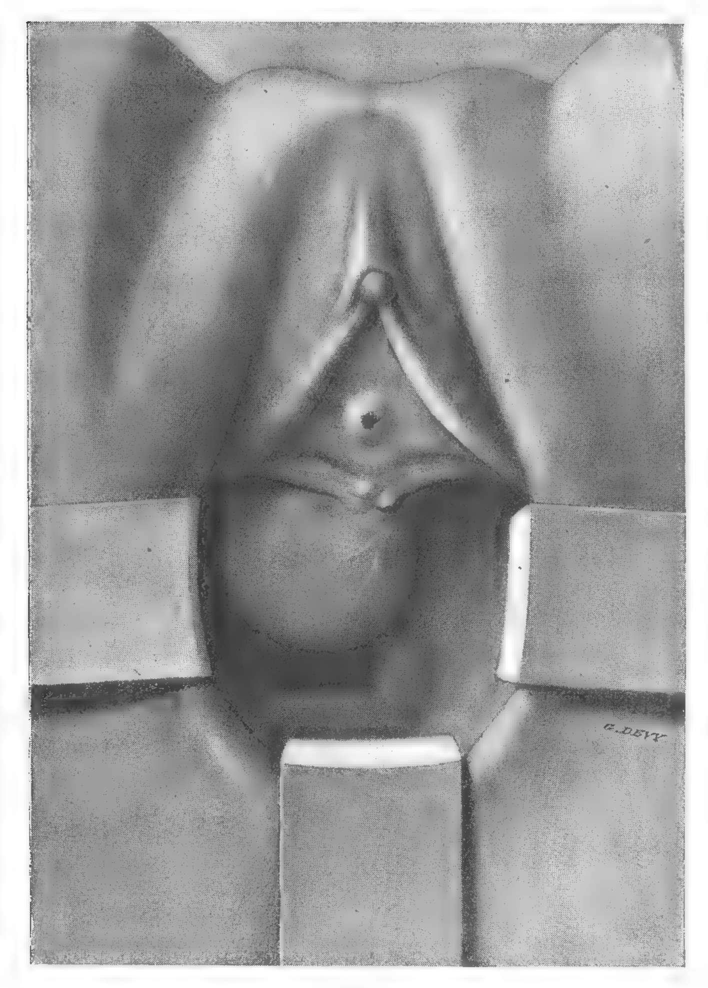


FIG. 1.

de M. Devy, la tumeur est représentée en place et attirée en dehors pour mettre à découvert son point d'implantation.

L'opération a consisté dans une incision longitudinale faite selon le grand axe de la tumeur et une dissection complète de la tumeur sans injection préalable au blanc de baleine. Je vous présente ici le dessin de cette tumeur, fait également par M. Devy (fig. 3).

Comme vous pouvez le constater sur ce dessin, le kyste présente une forme tubulaire avec renflements superposés et latéraux et qui ne tiennent pas à des tractus celluleux extérieurs, sauf le dernier renflement, à la base duquel le dessinateur a représenté un tractus celluleux manifeste. Il s'agit donc d'un trajet principal monoliforme, sur lequel vient se réunir un trajet secondaire plus court. La face interne n'offre ni diaphragme ni bride appréciable.

1° L'*examen de la paroi du kyste* a été pratiqué dans mon laboratoire particulier de l'hôpital Dubois, par M. Macé, qui m'a remis la note suivante :

Coloration à l'hématoxyline et à l'éosine. Le stroma de la paroi est

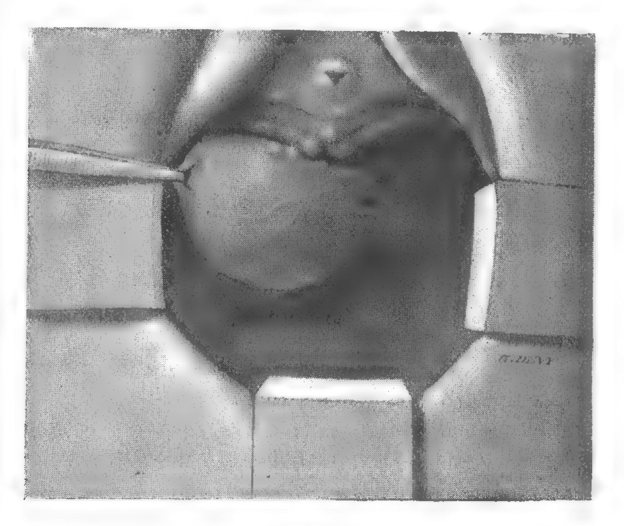


Fig. 2.

formé par des faisceaux ondulés de tissu fibreux, formant des plans successifs et parallèles. Ces faisceaux sont accolés les uns aux autres au voisinage de la surface externe. Dans la partie moyenne de l'épaisseur de la coupe, ils sont séparés par un feutrage conjonctif ténu, formant par places des mailles où se trouve une substance prenant faiblement l'éosine et contenant des cellules irrégulièrement polygonales renfermant un noyau bien coloré par l'hématoxyline.

A mesure qu'on se rapproche de la surface interne du kyste, l'élément fibreux disparaît et est remplacé par cette masse peu colorée et contenant des cellules plus nombreuses, mais de volume uniforme.

Pas de revêtement épithélial sur la paroi interne. M. Ménétrier, qui a bien voulu examiner les préparations, croit voir en un point une petite couche de cellules plates endothéliales, sans l'affirmer, et sur tout le reste de la surface on ne trouve rien de semblable.

2° *Examen du liquide* contenu dans une cavité unique. Quantité : une cuillerée à bouche.

Caractères : sirupeux, presque incolore, tenant en suspension de petits grumaux blanchâtres. Le liquide traité par la chaleur et l'addition d'acide acétique contient beaucoup d'albumine.

Au microscope : on trouve dans le liquide quelques amas étalés formés probablement par des cellules desquamées et altérées.

Pas de cristaux ni d'autres éléments.

Ces tumeurs ont été étudiées à diverses reprises et récemment

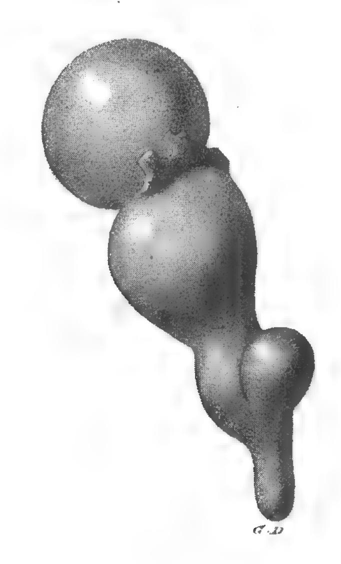


Fig. 3.

encore par Chalot en 1892 (*Ann. de gynécologie*, juillet 1892), par Weber, dans une thèse de Paris soutenue cette année même, et par Pichevin et Weber (*Semaine gynécologique*, 1898).

Diverses origines ont été attribuées aux kystes du vagin (kystes glandulaires, lymphatiques, hygromas, collections séreuses. Kystes consécutifs à des hématomes, kystes woolfiens et mullériens), kystes hydatiques paravaginaux de Hill.

De toutes ces variétés, les plus fréquentes sont assurément les kystes woolfiens et mullériens. Leur nombre a surtout augmenté depuis les derniers progrès de l'embryologie.

Les autres constituent des variétés exceptionnelles, et, pour ma part, je suis convaincu qu'on les rencontrera de moins en moins.

Je reste convaincu que le canal de Gartner (partie inférieure des canaux de Woolf), bien développé, surtout chez la truie et chez la vache, est l'origine de la presque totalité des kystes du vagin

chez la femme, bien que chez cette dernière le canal s'atrophie habituellement et ne s'observe environ qu'une fois sur trois.

Bien que la paroi du kyste chez notre malade n'ait pas présenté, à l'examen histologique, les caractères attribués par les auteurs au canal de Gartner, c'est-à-dire le tube épithélial sans tunique musculaire et le cordon musculaire sans revêtement épithélial, je crois qu'il serait surtout difficile de lui reconnaître une autre origine, étant donné l'indépendance de la muqueuse vaginale et surtout son siège à la partie antéro-latérale, qui est tout à fait caractéristique.

En tout cas, les kystes mullériens développés aux dépens de rudiments de l'extrémité inférieure d'un canal de Muller, et avec lesquels on pourrait à la rigueur les confondre, n'ont pas le siège ou du moins ne l'ont que très exceptionnellement, et la structure de leur paroi s'écarte encore davantage de celle que nous avons observée, puisque, à part l'épithélium qui contrairement à quelques auteurs n'est pas caractéristique, la présence des papilles semble lui appartenir en propre.

Au point de vue du traitement, je crois qu'il est nécessaire, aussi bien pour assurer à la malade une guérison radicale que dans un intérêt scientifique, de pratiquer l'extirpation totale du kyste sans injection préalable au blanc de baleine, et je tiens à dire qu'elle n'expose pas, comme le crois Chalot, à des hémorrhagies sérieuses, si l'on prend soin de procéder à l'hémostase par les procédés habituels; je crois, en tout cas, qu'à moins de difficultés toutes spéciales, on ne doit pas se borner, comme le conseille cet auteur, à inciser la paroi et à curetter méthodiquement la face interne.

M. Beurnier présente une gastrotomie, par le procédé de Fontan.

M. Ricard fera un rapport sur la présentation de M. Beurnier.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.





SÉANCE DU 20 JUILLET 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Deux lettres. Une de M. FELIZET et une de M. GUINARD qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. FELIZET qui demande un congé ;

4° Un travail de M. HEURTAUX, sur un *fibrome volumineux du cou venant du canal rachidien*, travail qui sera lu au cours de la séance.

A propos de la correspondance.

M. CHAUVEL présente :

1° Une observation de M. WISSEMANS, médecin-major de 2e classe à l'hôpital mixte d'Orléans, sur une *Fracture comminutive ouverte de la rotule. Arthrotomie. Suture métallique des deux fragments supérieur et inférieur. Ablatation d'un volumineux fragment intermédiaire. Guérison.*

2° Deux observations de M. DUBUJASTOUX, médecin-major de 1re classe :

a) *Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, perforation intestinale, laparotomie. Guérison.*

b) *Plaie de l'abdomen par coup de feu, déchirure de l'estomac, Plaie du foie. Hémorrhagie interne. Laparotomie. Guérison.*

Ces observations sont renvoyées à une commission : M. CHAUVEL, rapporteur.

M. ROUTIER présente une observation de M. PSALTOFF, chirurgien de l'hôpital grec de Saint-Charalambos (de Smyrne), *Occlusion intestinale par péritonite tuberculeuse*, observation renvoyée à une commission : M. ROUTIER, rapporteur.

M. RICHELOT présente une série d'observations :

1° Au nom de M. PAUCHET (d'Amiens) :

a) *Anévrysme intra-parotidien de la carotide externe. Ligature. Guérison;*

b) *Ostéomyélite de la symphyse pubienne. Abcès ouvert dans la vessie. Extirpation d'un séquestre après symphyséotomie. Guérison;*

c) *Kyste de l'ovaire tordu, péritonisme;*

d) *Kyste hydatique du lobe gauche du foie;*

e) *Prolapsus énorme du rectum;*

f) *Vingt-deux cas d'appendicite;*

g) *Hystérectomies abdominales totales pour fibrome.*

2° Au nom de M. MALAPERT :

a) *Une sonde en caoutchouc rouge introduite en entier dans la vessie. Extraction par la taille sus-pubienne;*

b) *Une appendicite à rechute. Ablation de l'appendice.*

Lecture.

Fibrome volumineux du cou d'origine intra-rachidienne,

par M. HEURTAUX (de Nantes), membre correspondant.

Kerdilès (Françoise), âgée de trente-sept ans, domestique, née à Plougourvest (Finistère), est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 27 avril 1898 pour une volumineuse tumeur occupant le côté droit du cou.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

Cette fille raconte qu'elle s'est aperçue de sa tumeur à l'âge de neuf ou dix ans ; elle avait senti à cette époque une petite grosseur dure, ayant à peu près le volume du pouce, située à la partie supérieure du cou, derrière l'angle de la mâchoire.

Depuis ce moment, la tumeur s'est progressivement accrue, d'une façon régulière, sans déterminer aucune douleur ni troubles d'une nature quelconque.

Aujourd'hui, le côté droit du cou dans toute sa hauteur, depuis le lobule de l'oreille jusqu'à la clavicule, est occupé par une tumeur faisant un relief considérable, et dont le grand axe, presque vertical, suit exactement la direction du sterno-cleido-mastoïdien; ce muscle passe

à la surface du néoplasme, comme on peut s'en assurer en provoquant sa contraction. En arrière, la tumeur dépasse le bord postérieur du muscle; en dedans, elle cotoie le larynx et la trachée. Dans son ensemble, elle a la forme d'un cône dont le sommet, arrondi est dirigé en bas, au contact de l'articulation sterno-claviculaire, tandis que la base s'engage sous le bord du maxillaire inférieur et dépasse en arrière l'apophyse mastoïde.

La veine jugulaire externe, très volumineuse, croise obliquement la tumeur.

La peau conserve son apparence naturelle.

Au palper, on sent que la tumeur est composée de deux ou trois gros lobes, dont la consistance donne aux doigts la sensation de grosses glandes lymphatiques; mais ces lobes ne sont pas indépendants.

En saisissant la tumeur d'un côté à l'autre, on la trouve mobile par rapport aux organes voisins, et les doigts peuvent être insinués entre elle et la trachée et le larynx.

Aucun battement dans la tumeur.

Toutes ces explorations ne provoquent pas de douleur.

L'état général est excellent; toutes les fonctions s'accomplissent bien, et la malade éprouve simplement la gêne que doit causer dans cette région une masse de gros volume.

Tenant compte du point de départ apparent de la tumeur, de sa marche lente, de ses caractères physiques, je fais le diagnostic d'adéno-fibrome de la parotide, né dans les lobules les plus inférieurs de la glande.

Opération faite le 30 *avril* 1898. — Incision commençant entre l'apophyse mastoïde droite et le lobule de l'oreille, et s'étendant jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire. La veine jugulaire externe est coupée entre deux ligatures, de même que deux autres veines accessoires de gros volume.

Les deux faisceaux du sterno-cleido-mastoïdien sont écartés, et la tumeur, mise à nu, se montre entourée d'un feuillet cellulaire assez lâche, que l'on divise.

L'extrémité inférieure de la tumeur est facilement énucléée avec le doigt et attirée au dehors.

En haut, le néoplasme, beaucoup plus large, s'enfonce profondément, cotoyant la veine jugulaire interne et les artères carotides; on peut le suivre avec le doigt jusque sur la colonne vertébrale où il semble s'insérer. A ce moment, je crois avoir affaire à un fibrome, né dans le grand surtout ligamenteux antérieur. Mais en divisant le tissu fibreux superficiel, je m'aperçois que celui-ci constitue une sorte de gaine distincte, au-dessous de laquelle se trouve le tissu propre de la tumeur. En isolant celle-ci avec le doigt, on arrive à sentir dans le corps d'une vertèbre un trou à contours nets, dans lequel pénètre le pédicule de la tumeur ayant à peu près le volume de l'index.

Par des tractions modérées, exercées sur la tumeur, on fait sortir un pédicule de 4 centimètres de longueur offrant deux ou trois renfle-

ments successifs; mais, à ce moment, sort un flot de liquide céphalo-rachidien. En réclinant la tumeur en avant, nouveau flot de liquide, ce qui contraint de s'arrêter dans ces tentatives. Alors le pédicule est lié au catgut, au ras de la vertèbre, et coupé à 5 ou 6 millimètres de la ligature.

La quantité de sang perdu pendant l'opération a été insignifiante.

Suture de la plaie au crin de Florence; drain à l'angle inférieur.

Aucun incident à la suite de l'opération; réunion immédiate. La malade sort guérie de l'Hôtel-Dieu le 16 mai.

J'ai eu l'occasion de la revoir en parfaite santé un mois après sa sortie.

Examen de la pièce. — La tumeur, du poids de 473 grammes, présente une longueur de 24 centimètres sur 8 centimètres et demi dans sa plus grande largeur, qui occupait la partie supérieure du cou.

La surface, d'une couleur grisâtre, offre des dépressions qui donnent au néoplasme une forme lobée.

Le pédicule, gros comme l'index à peu près, est moniliforme.

La consistance du tissu est ferme et élastique.

A la coupe, la tumeur a complètement l'aspect d'un tissu fibreux, œdématié par places, composé de fibres denses entrelacées sans ordre particulier.

L'examen histologique, fait par le professeur Albert Malherbe, confirme cette appréciation : on y rencontre seulement du tissu fibreux plus ou moins dense suivant les zones que l'on étudie.

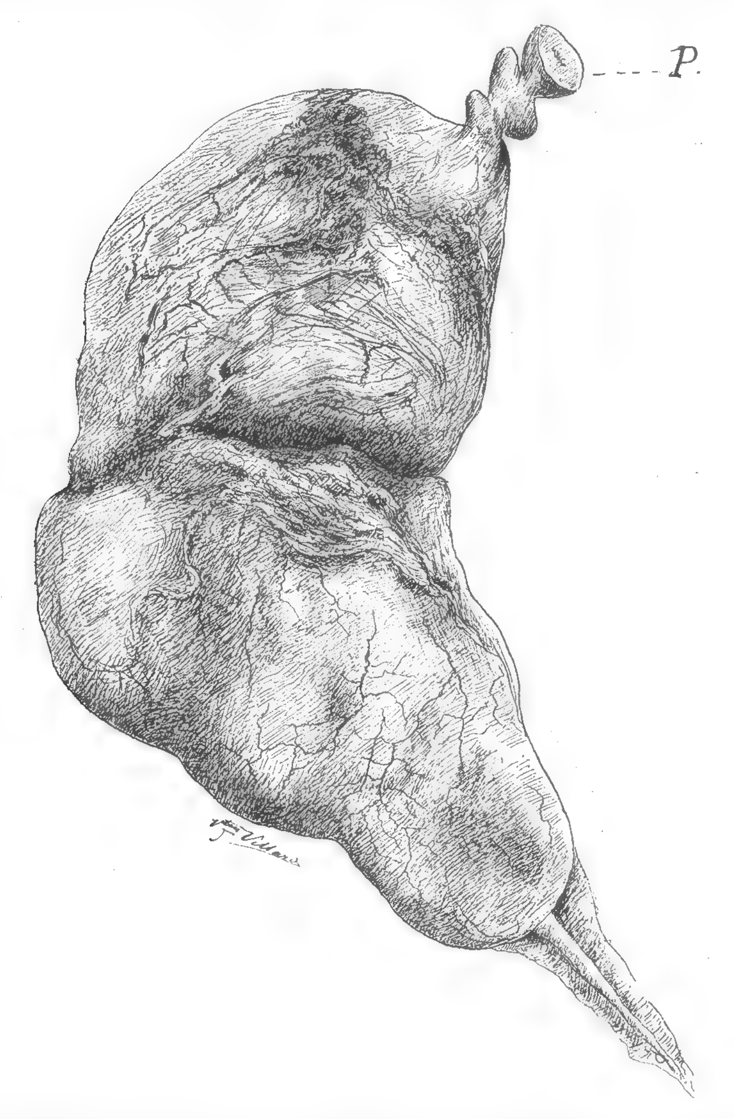
Conclusions. — En résumé, une femme de trente-sept ans, d'une bonne santé constante, a remarqué, à l'âge de neuf à dix ans, une petite tumeur au côté droit du cou, au voisinage de l'angle de la mâchoire inférieure. Cette tumeur s'est progressivement accrue sans donner lieu à aucun trouble d'une nature quelconque.

Pendant l'opération, on reconnaît que le néoplasme présente un pédicule qui traverse le corps d'une vertèbre. Ceci me paraît établir qu'en réalité la tumeur est née dans le canal rachidien. Il est très vraisemblable que la dure-mère en a été le point de départ : on s'explique ainsi la facilité avec laquelle, sous l'influence de légères tractions sur le pédicule, le liquide céphalo-rachidien s'est écoulé.

La tumeur était munie d'un revêtement fibreux au niveau du pédicule celluleux, dans le reste de son étendue : ce revêtement lui était fourni par le grand surtout ligamenteux antérieur de la colonne vertébrale.

Je suis convaincu que la tumeur devait être congénitale; sans cela, on ne comprendrait pas sa pénétration dans le canal rachidien. Remarquons, en outre, que la malade s'en est aperçue de bonne heure; il s'agissait d'une tumeur à marche lente, à laquelle

il a bien fallu, partant de la colonne vertébrale, neuf ou dix ans pour venir se montrer à l'angle de la mâchoire, alors qu'elle a mis vingt-sept ans à gagner la partie inférieure du cou; et cet état



congénital explique l'absence absolue de symptômes du côté du système nerveux.

Quelle était la vertèbre perforée? Sur un cadavre placé dans la position de l'opérée, j'ai fait une incision analogue et planté un poinçon dans le corps de la vertèbre située sur le prolongement

de la grande corne de l'hyoïde ou plutôt un peu au-dessus. Or, je suis tombé sur la seconde vertèbre cervicale. Chez ma malade, il devait donc s'agir de la seconde ou tout au plus de la troisième vertèbre.

Je n'ai trouvé dans la littérature médicale aucun fait semblable. Il est vrai que mes recherches n'ont pu être très étendues ; dans tous les cas, les tumeurs ayant une telle origine et un pareil développement doivent être d'une extrême rareté.

Discussion.

Sur les suppurations pelviennes, traitées par l'incision du cul-de-sac postérieur (*suite*).

M. Richelot. — Tout en rendant hommage à la sagesse des conclusions de M. Monod, je ne puis m'empêcher d'appuyer les réserves qui ont été faites par plusieurs de nos collègues.

M. Monod établit d'abord que l'incision vaginale est de règle dans la « pelvi-péritonite », c'est-à-dire dans l'abcès péritonéal faisant bomber le cul-de-sac postérieur, et dans le phlegmon du ligament large. Sur ces deux premiers points, nulle contestation.

Il ajoute que « ce mode d'intervention constitue encore une ressource utile dans les ovaro-salpingites suppurées unilatérales ». Ainsi formulée, son opinion est la nôtre ; mais la formule est un peu sommaire, et il faut voir le détail.

Il arrive souvent, dit M. Monod, qu'après avoir incisé la paroi vaginale, avant d'arriver à la trompe suppurée, on traverse un espace du péritoine contenant du pus ou de la sérosité ; il faut savoir poursuivre l'opération, atteindre le foyer annexiel et l'évacuer à travers l'espace péritonéal qui est le siège d'une « péri-salpingite ».

Nul doute que, si cet espace contenait toujours du pus, sans aucune crainte on pourrait y faire passer le contenu septique de la trompe. Mais, si la péri-salpingite est purement séreuse, croyez-vous qu'il soit toujours prudent d'aller à la recherche du foyer annexiel profondément situé ?

J'ai signalé, dans ma communication au Congrès de Genève sur le *traitement chirurgical des suppurations pelviennes* (1), ces cas où la collection paraît très simple, en contact immédiat avec la

(1) Congrès de gynécologie et d'obstétrique. Genève, septembre 1896.

paroi vaginale, bien disposée pour l'incision directe, et où cependant on trouve dans le cul de sac de Douglas autre chose que la partie déclive de l'abcès.

Une fille de vingt et un ans vient se faire opérer à Saint-Louis le 5 novembre 1895. Elle a une grosse tumeur fluctuante, médiane, atteignant l'ombilic, avec 39 et 40 degrés. La septicémie aiguë, la virulence certaine du pus, la simplicité apparente de cette énorme poche dont le flot se renvoie aisément de l'abdomen au cul-de-sac postérieur, enfin la jeunesse extrême de la malade, tout m'engage à faire une simple incision, qui remplira l'indication immédiate en réservant l'avenir. J'ouvre le cul-de-sac de Douglas, et il coule de la sérosité ; la tumeur abdominale est toujours tendue et fluctuante. J'aperçois une paroi bleuâtre, un kyste séreux péri-annexiel que j'effondre ; enfin j'arrive sur l'énorme pyosalpinx, d'où je fais jaillir un flot de pus très fétide, tandis que la tumeur abdominale s'affaisse. Après une évacuation prolongée, l'ouverture que j'ai faite à la trompe dilatée m'échappe et je ne puis y introduire de liquide. La malade succombe après quatre jours de lutte ; évidemment, le pus fétide qui s'est écoulé des annexes a infecté la surface péritonéale sous-jacente, malgré lavage et tamponnement.

Il n'est donc pas toujours sans danger, comme vous semblez le dire, de faire traverser au contenu de la trompe un espace libre du péritoine.

D'autres fois, dans les mêmes conditions, j'ai réussi, mais en passant par les transes que nous donnent les opérations obscures et défectueuses. D'autres fois, trompé encore par la saillie fluctuante du cul-de-sac de Douglas, je me suis trouvé en plein péritoine, sans adhérences, l'intestin grêle au voisinage du foyer, et je me suis arrêté pour ne pas faire un malheur. J'ai peine à comprendre la tranquillité d'âme avec laquelle vous nous recommandez ces interventions délicates.

M. Monod estime qu'on peut aborder par la voie vaginale même les salpingites haut situées et nettement justiciables de la laparotomie. Il pense obtenir ainsi, à moins de frais et à moindre péril, une guérison définitive.

Le péril est-il moindre? Il m'est arrivé de manquer la poche tubaire trop élevée, de ne pas achever l'opération par prudence, et d'avoir cependant un résultat malheureux.

J'ai opéré, le 17 juillet 1896, une femme de vingt-quatre ans, blafarde, amaigrie, épuisée par la septicémie. Au-dessus de la symphyse, à droite, une tumeur ronde et fluctuante, faisant bomber l'hypogastre ; dans le cul-de-sac vaginal correspondant, une saillie volumineuse refoulant l'utérus à gauche, et partie déclive, en apparence, de ce grand foyer purulent. J'adoptai la simple incision parce qu'il fallait, chez cette

malade affaiblie et très infectée, aller au plus pressé, évacuer le pus, faire cesser la fièvre et les douleurs, par le procédé le plus rapide et le moins grave. Or, mes ciseaux mousses pénétrèrent dans un magma d'où il sortit quelques grammes de pus. En dissociant, j'en fis sortir encore, mais toujours en petite quantité, et je pensai que je traversais une infiltration purulente du ligament large. Portant mes ciseaux dans la direction de la poche qui faisait saillie à l'hypogastre, je ne voulus pas pénétrer à toute sa profondeur, et je m'arrêtai sans l'avoir atteinte. La malade mourut dans la journée, et voici ce que montra l'autopsie : J'ai ouvert un ligament large infiltré de pus, attenant à son bord supérieur et comme pédiculé, saillant en plein péritoine et sans aucune adhérence, c'était un pyosalpinx volumineux, très élevé. La pointe mousse de mes ciseaux, dirigée un peu trop en dehors, a pénétré dans le péritoine en rasant la tumeur, l'a marquée d'un léger sillon, mais ne l'a pas ouverte.

Je me demande comment j'aurais pu mieux faire; quelle chance il aurait fallu pour me conduire juste au niveau de l'insertion de la poche tubaire sur le ligament large; comment, après une ouverture plus heureuse, j'aurais pu éviter, en l'élargissant, d'ouvrir le foyer en plein péritoine. Reconnaissons plutôt qu'il y a des lésions d'une complexité dangereuse pour la méthode de l'incision simple, dans les cas mêmes où nous avons de bonnes raisons pour la préférer à toute autre.

M. Monod compte sur la guérison définitive? Il y a cependant des foyers tellement disposés que la guérison est impossible et se fait attendre indéfiniment; où les soins les plus attentifs, drainage, tamponnement, ne peuvent servir à rien.

Le 23 janvier 1896, j'ouvre largement une fistule suppurante qui persistait derrière le col, à la suite de la rupture spontanée d'un pyosalpinx dans le vagin. Je trouve un foyer sinueux, étroit et allongé, à parois irrégulières; impossible de dire si j'ai pénétré dans une trompe, dans un foyer de cellulite, ou dans un abcès péritonéal limité par des adhérences précaires. Malgré tous mes efforts pour tenir ouverte la cavité, au bout de quelque temps elle redevient simple trajet et la plaie redevient fistule. Après un mois, je ne vois aucune tendance à la guérison, et je ne comprends pas encore l'abondance de l'écoulement; si bien que je procède, le 27 février, à l'hystérectomie vaginale. Après avoir enlevé l'utérus, je découvre un pyosalpinx arrondi, volumineux, haut situé, communiquant par un étroit goulot avec un second foyer situé au-dessous et en contact avec la paroi vaginale; c'est ce dernier que j'ai ouvert et drainé le 23 janvier, sans pouvoir atteindre le foyer tubaire, diverticule non soupçonné et source intarissable du pus.

Autre catégorie : certains foyers se ferment et guérissent, mais

il survient une récidive par le réveil du même abcès ou l'évolution d'un autre plus profond.

Chez une femme de vingt-huit ans, un de mes collègues avait retiré un demi-litre de pus en incisant le cul-de-sac postérieur, opération très-motivée par l'âge de la malade et l'intégrité relative des annexes droites. La plaie guérit bien, mais la malade continua de souffrir, et je lui fis l'hystérectomie vaginale le 21 juillet 1896. Je trouvai à gauche une trompe énorme remplie de pus.

Il est probable que mon collègue avait incisé un abcès péritonéal occupant le cul-de-sac de Douglas et n'avait pu soupçonner l'existence de la poche tubaire située plus haut. Et de fait, quand on est tombé sur une collection aussi abondante et qu'elle s'est largement vidée, il n'est guère possible d'en constater une seconde au-dessus de la première, et il serait imprudent de la chercher à toute profondeur. Si tout n'est pas affaissé, qui vous dit que l'empâtement qui reste n'est pas un paquet d'anses intestinales? Qui de nous n'a vu, au cours des laparotomies ou des hystérectomies vaginales, que les tumeurs révélées par le palper bimanuel peuvent être formées par des choses imprévues?

Vous voyez qu'à chacune des conclusions de M. Monod, j'oppose un fait qui est de nature, sinon à la contredire, du moins à en restreindre l'optimisme et la généralité. Est-ce à dire que cette opération ancienne, l'ouverture d'un abcès, ait perdu toute valeur parce qu'il s'agit de la cavité pelvienne? Non certes; on peut faire, et j'ai fait maintes fois des incisions vaginales directes, suivies d'un plein succès. Permettez-moi donc d'en poser les indications comme je l'ai fait au Congrès de Genève, et à peu près dans les mêmes termes, car, depuis lors, je n'ai pas changé d'opinion.

L'incision directe — inutile d'insister — est le traitement du phlegmon du ligament large, saillant au niveau d'un cul-de-sac.

L'abcès péritonéal faisant bomber le cul-de-sac de Douglas, bien médian, bien liquide, flanqué d'annexes peu malades, guérit aussi par une simple incision, avec un bon drainage. Mais il n'est pas toujours facile d'affirmer que la collection liquide n'est pas accompagnée de lésions annexielles étendues, qui seront un obstacle à la guérison.

Quand la suppuration est latérale et contenue dans la trompe, on n'est pas moins embarrassé. Cependant, si la poche soulève la paroi vaginale et se présente bien, si la suppuration n'est pas très ancienne, si la malade est jeune et si l'autre côté paraît sain, le devoir du chirurgien est tout tracé. Mais l'âge et la lésion unilatérale ne sont ici de bonnes raisons que si le foyer est très simple et très accessible; car, s'il est plus élevé et d'un diagnostic

moins sûr, la laparotomie, tout en respectant les organes sains, voit plus clair et fait mieux.

Un point d'une grande importance est la friabilité de l'utérus dans l'état puerpéral récent. Les tissus, en cas d'extirpation, donnent de mauvaises prises, se déchirent, et l'opération reste en plan ou devient périlleuse.

L'acuité des accidents, en cas d'infection récente, est un très bon guide, surtout à cause de la grande virulence du pus. En pleine septicémie, avec des températures élevées, la moindre souillure du péritoine est à craindre. La laparotomie alors est extrêmement dangereuse; l'hystérectomie vaginale, bien qu'elle expose beaucoup moins le péritoine à l'inoculation septique, est cependant fort délicate. En même temps, le mauvais état général peut engager le chirurgien à s'abstenir d'une grande opération pour aller au plus pressé; il est sage d'évacuer les abcès afin d'abaisser la température et d'arrêter l'infection, quitte à faire plus tard, si la malade n'est pas guérie, une opération plus radicale.

Ces indications, je les ai suivies encore tout récemment.

Le 28 juin dernier, chez une fille de dix-neuf ans, j'ai trouvé à droite une grosse poche arrondie, fluctuante, et paraissant collée au cul-de-sac vaginal. Rien à gauche. Il y avait eu des poussées de pelvi-péritonite, et je pensai que le péritoine était suffisamment protégé. Toutes les conditions étaient donc favorables à l'intervention la plus simple et la plus conservatrice. Seulement, comme la collection était franchement latérale, le cul-de-sac de Douglas pouvait être sain, dépourvu d'adhérences, et je ne voulais pas y verser le pus de la trompe. J'eus donc soin de latéraliser mon incision postérieure sans ouvrir le péritoine sur la ligne médiane, et de placer mes ciseaux courbes à l'angle droit de l'incision, bien en face de l'abcès, avant de pénétrer à fond. J'ouvris ainsi la collection sans coup férir, et je pus m'assurer qu'au point choisi la paroi vaginale était accolée à la paroi tubaire.

La jeune malade fut si bien soulagée qu'elle se leva presque aussitôt sans ma permission, et que le cinquième jour elle quitta malgré moi l'hôpital, avec son drain et ses tampons; j'ignore ce qu'elle pourra devenir par sa faute, mais j'ai conscience d'avoir suivi la meilleure indication.

Le 26 mars de cette année, j'ai agi de même chez une femme de vingt ans, qui avait à gauche une grosse masse annexielle, et rien à droite. J'ouvris par le vagin la collection très accessible. Il coula un flot de pus, sans que la tumeur diminuât sensiblement; j'allai plus loin, et au-dessus de l'espace péritonéal infecté, j'effrondrai la paroi tubaire d'où s'échappa une sérosité abondante.

Il y avait donc un hydrosalpinx volumineux, avec un abcès péritonéal du cul-de-sac de Douglas. La malade me parut guérie à sa sortie de l'hôpital; je ne l'ai pas encore revue.

Enfin, le 11 juin dernier, j'ai fait la colpotomie chez une femme de vingt-cinq ans, amaigrie, cachectique, fébricitante, ayant une masse pelvienne diffuse et extrêmement douloureuse. Je crus bien reconnaître qu'il n'y avait rien ou pas grand chose à droite de l'utérus, mais les vrais motifs qui dictèrent ma conduite furent la gravité de l'état général, l'acuité des accidents et, par suite, la virulence du pus. Je voulais faire l'opération la plus simple. L'incision postérieure, latéralisée à gauche, me fit pénétrer d'abord dans un abcès péritonéal, et plus haut dans le foyer annexiel, d'où sortit un flot de pus fétide. La température tomba rapidement, la douleur diminua peu à peu; avec des lavages et des soins attentifs, la malade va aujourd'hui de mieux en mieux et l'état général se relève. Peut-être guérira-t-elle ainsi, peut-être n'ai-je fait que la sauver des accidents aigus et la préparer à une intervention nouvelle; c'est ce que l'avenir nous apprendra.

L'incision vaginale a donc, en somme, des indications positives, et notamment dans les infections récentes. Mais dans les plus anciennes, dans les suppurations chroniques, si parfois le réveil des accidents fébriles, des phénomènes de compression amenés par une grosse tumeur, enfin le mauvais état général poussent le chirurgien à suivre d'abord l'indication pressante et à soulager sa malade, c'est alors qu'il doit s'attendre à n'avoir qu'un résultat palliatif; c'est alors que la simplicité du foyer est un mythe, que les douleurs reviendront, que la fistule persistera; c'est alors qu'il faut poser en principe que l'incision vaginale est insuffisante, et qu'elle doit se donner comme un traitement d'attente ou franchement céder le pas aux autres méthodes.

M. Le Dentu. — Il y a quelques années, à une époque où l'incision des culs-de-sac vaginaux était tombée en discrédit auprès de beaucoup de chirurgiens, j'ai soutenu qu'elle offrait une ressource précieuse pour le traitement de certaines suppurations pelviennes. Je joignais ainsi mes efforts à ceux de Laroyenne et d'un très petit nombre de nos collègues de Paris restés fidèles à cette ancienne pratique. C'est donc avec une réelle satisfaction que j'ai vu, depuis lors, s'accentuer un mouvement d'opinion en sa faveur. Après s'être manifesté au sein de notre Société par plusieurs communications et discussions importantes, ce mouvement a abouti finalement au plaidoyer très chaud de M. Monod, étayé d'une série de faits heureux. Nous en sommes à la deuxième

oscillation du pendule; la troisième sera sans doute caractérisée par une mise au point judicieuse, si j'en juge d'après les réserves apportées à cette tribune par la plupart des orateurs qui m'ont précédé. Je dirai, sans plus tarder, que je partage ces réserves, et que, sans avoir nullement changé d'opinion, j'estime qu'il ne faut pas trop demander à l'incision des culs-de-sac vaginaux dans le traitement des suppurations pelviennes. La raison en est que ces dernières se présentent dans des conditions très diverses. Suivant qu'il s'agit d'hématocèle suppurée, de salpingite ou d'ovarite, compliquées ou non de pelvi-péritonite, suivant que les collections purulentes sont plus ou moins volumineuses, uniques ou multiples, plus ou moins élevées dans la cavité pelvienne, limitées par des adhérences plus ou moins fermes, qu'elles sont récentes ou anciennes, des indications surgissent en faveur, tantôt de l'intervention vaginale, tantôt de la laparotomie. Il me semble qu'en dépit des contradictions qui nous divisent encore et en vertu de l'expérience de chacun de nous, une opinion moyenne à peu près définitive pourra sortir de la discussion actuelle.

Prenons le cas le plus simple, celui d'une hématocèle transformée en collection purulente. Très souvent, la poche est unique et assez régulière. En même temps qu'elle remonte plus ou moins haut vers l'ombilic, elle bombe vers le vagin, en refoulant l'utérus en avant, le cul-de-sac vaginal postérieur en bas, et en décollant la cloison recto-vaginale, de telle sorte qu'elle prédomine quelquefois jusqu'à la vulve. L'indication est précise et facile à réaliser : l'incision large de la saillie fluctuante, en long ou en travers, à la condition, toutefois, qu'on se méfie des artères vaginales, parfois énormément développées, la mise en place d'un gros drain en croix, ou de deux drains juxtaposés, qu'on introduit aussi loin que possible; cette incision amène immédiatement une détente marquée; la tumeur s'affaisse, la fièvre tombe et, finalement, la guérison survient après un laps de vingt-cinq à trente jours. Dans ces cas, elle ne procure pas seulement une amélioration momentanée, mais bien la guérison définitive, en ce sens que la suppuration est tarie à tout jamais et qu'elle ne tend pas à se reproduire. Seulement, il arrive que les adhérences dans lesquelles l'utérus et ses annexes se trouvent renfermés causent, à la longue, des douleurs telles qu'une seconde opération est nécessaire. L'incision du cul-de-sac n'a donné qu'une guérison temporaire, en tant que suppression absolue de tout phénomène morbide, mais, au point de vue de la suppuration pelvienne, la guérison qu'elle a procurée a été complète.

Ainsi, en supposant le cas le plus simple, il y a deux résultats possibles de l'intervention : la guérison vraie par la suppression

de la suppuration et de tout signe de tubo-ovarite, la guérison temporaire, prolongée par suppression de la suppuration, mais avec persistance de douleurs causées par des tubo-ovarites prolongées ou par de simples adhérences.

L'hématocèle suppurée ne se présente pas toujours dans des conditions aussi normales. Il se peut que des cloisonnements en partagent la cavité en poches indépendantes. Il se peut aussi que des communications s'établissent entre cette cavité et les organes voisins : rectum, vessie. Dans le premier cas, l'incision pure et simple ne suffit plus; une fois la poche principale largement ouverte, il faut pratiquer des dilacérations profondes pour convertir toutes les collections en une seule et assurer le drainage des plus éloignées. Or, ces manœuvres ne vont pas sans quelque danger, malgré la précaution prise de soutenir la paroi supérieure des abcès avec la main gauche appliquée sur le ventre. En dépit de ce risque, l'incision vaginale demeure encore l'opération de choix dans ces cas plus compliqués, parce que la laparotomie expose encore plus à la péritonite généralisée. Rien n'est plus difficile, en effet, que d'aseptiser ces foyers irréguliers, à parois souvent minces, qui se rompent pendant les manœuvres et déversent leur contenu sur les compresses protectrices de la masse intestinale, ou trop fréquemment autour de ces compresses, sur l'intestin, l'épiploon ou les parois du petit bassin. Si le pus n'est pas aseptique, nous savons tous par expérience que la désinfection absolue des parties contaminées soit par le lavage abondant, soit à sec, n'est pas toujours réalisable. De sorte que si, en théorie, la laparotomie est plutôt indiquée dans le cas de poches multiples, ses risques sont encore plus grands que ceux de la cœliotomie, et l'avantage reste à cette dernière.

Le véritable risque de la simple incision vaginale ne réside pas dans l'insuffisance du drainage des poches purulentes, dans l'évacuation incomplète des foyers. Celui-là existe bien aussi; mais on peut y remédier par une hystérectomie vaginale ou une laparotomie secondaire; il réside dans cette rupture, ou dans l'infection péritonéale encore possible, même s'il ne s'est pas produit une inondation purulente intra-péritonéale.

La conduite du chirurgien doit-elle être la même, lorsque le ou les foyers communiquent avec la vessie ou le rectum? Evidemment non, parce que cette circonstance peut modifier notablement le pronostic opératoire.

La laparotomie suivie de l'extirpation, ou simplement du tamponnement des poches, est trop périlleuse, même avec un drainage vaginal complémentaire. L'hystérectomie vaginale répond aux exigences de la situation, en dérivant la suppuration qui

entretient la communication anormale; mais, outre qu'elle n'est pas toujours indispensable, elle ne met pas les malades entièrement à l'abri de l'infection par le passage des matières fécales et de l'urine dans la plaie opératoire. C'est alors le cas de se souvenir d'un autre mode d'intervention, peut-être un peu trop délaissé en ce moment, comme le fut jadis l'incision vaginale. Je veux parler de la kystopexie, appelée vulgairement la marsupialisation de la poche. La fixation de cette dernière à la paroi abdominale m'a donné quelquefois d'excellents résultats, d'où je tire en ce moment un argument que je crois de valeur, en faveur de ce mode opératoire dont la bénignité n'a pas besoin d'être démontrée.

Qu'on n'objecte pas qu'on n'obtient par cette méthode que des améliorations ou des guérisons temporaires. Quelquefois, peut-être (je l'accorde volontiers, puisque aucune méthode n'est à l'abri de tout reproche); mais non toujours. J'ai revu, il y quelques jours, une personne que j'ai opérée il y a plus de dix ans à l'hôpital Saint-Louis, avec l'aide de M. Routier. Chez elle, le petit bassin était rempli en grande partie par une collection qui communiquait largement avec le rectum, et qui ne bombait nullement au fond du vagin. Je fis la laparotomie et j'établis entre le foyer et la paroi abdominale une série de sutures en collerette qui isolèrent absolument la poche de la cavité péritonéale. Pendant plusieurs mois, il s'échappa par l'orifice abdominal d'abondantes matières fécales, puis des gaz. Peu à peu, l'oblitération du trajet se fit, et finalement la guérison survint; guérison absolue, qui s'est maintenue depuis dix ans, et pendant cette longue période, la malade n'a présenté ni troubles des règles, ni douleurs du côté de l'utérus ou de ses annexes. Elle ne pourrait pas être mieux, même si elle avait subi l'hystérectomie vaginale ou abdominale la plus parfaite.

Tout récemment encore, j'ai opéré à l'hôpital Necker une femme qu'on pouvait supposer atteinte de double tubo-ovarite suppurée et de péritonite surajoutée aux lésions annexielles. Des masses bosselées remontaient chez elle jusqu'au voisinage de l'ombilic; rien ne faisait saillie dans les culs-de-sac vaginaux. Je choisis d'emblée la laparotomie, et j'atteignis d'abord deux collections séreuses superposées, séparées du reste de la séreuse par une paroi passablement mince que je me gardai de déchirer. Par la seconde de ces cavités, j'eus accès vers deux collections purulentes très profondes, adhérentes à la concavité du sacrum et du coccyx, que j'ouvris largement par dilacération; un gros tube introduit par la plaie abdominale et par le vagin assura le drainage, en même temps qu'un autre drain hypogastrique,

plongeant jusqu'au fond de l'excavation. Sans faire un véritable tamponnement, j'enroulai un peu de gaze iodoformée autour des drains. La première poche séreuse, qui avait servi pour ainsi dire de vestibule aux autres, fut fixée à la paroi abdominale. Voilà encore un cas où des tentatives d'extirpation complète auraient, donné lieu à de grandes difficultés et à de très gros risques. Par la kystopexie j'ai obtenu beaucoup plus simplement de bons résultats qui pourront bien se maintenir, comme dans le fait précédent. J'en pourrais citer d'autres; mais ceux dont j'ai fait mention ne suffiront-ils pas pour rappeler l'attention sur ce mode opératoire digne de confiance dans certains cas donnés? Tout en restant d'une application exceptionnelle, il ne mérite pas, selon moi, d'être dédaigneusement repoussé; mais il exige, pour donner tout ce dont il est capable, la réunion de plusieurs circonstances, à savoir : le peu de tendance de la collection ou des collections à se porter vers le vagin, un développement assez considérable de la poche pour qu'on puisse la mettre en contact avec la paroi abdominale antérieure, la fermeté assez grande de la paroi pour qu'elle ne se déchire pas sous l'effort, même faible, des tractions. Si ces conditions ne sont pas réalisées, mieux vaut recourir sans hésitation, suivant les cas, à l'hystérectomie vaginale ou à l'extirpation des poches, avec ou sans l'utérus, par l'incision abdominale. Nous verrons plus loin quelles raisons devront faire pencher du côté de l'une ou de l'autre de ces opérations.

Jusqu'ici, il a été principalement question des collections volumineuses, uniques ou multiples, se rattachant étiologiquement à l'infection d'une hématocèle, ne communiquant pas ou communiquant avec la vessie ou le rectum. Envisageons maintenant le cas, même plus fréquent, des salpingites ou des tubo-ovarites suppurées, compliquées ou non de péritonite purulente enkystée et des mêmes communications avec les organes creux du voisinage. Quelques-unes des considérations développées plus haut vont leur être applicables.

Voici un premier cas : une des trompes ou l'ovaire est converti en une collection purulente d'un volume médiocre, comparable à celui d'un gros œuf de dinde ou d'un petit poing. Si cette collection vient à adhérer à l'un des culs-de-sac vaginaux, si la muqueuse cesse de glisser à sa surface, si l'on perçoit à son niveau une sensation de fluctuation assez nette ou de rénitence élastique, répartie sur tous les points de la tumeur, l'incision simple est indiquée. Elle exige seulement, comme précaution importante, qu'avant de la faire, on recherche avec soin les vaisseaux dont la blessure pourrait être grave. Elle est encore indiquée ou

du moins justifiable, même si l'adhérence ne s'est pas encore établie entre la paroi de la poche et la muqueuse vaginale, à condition toutefois que la collection ne soit pas située trop haut et qu'elle ne soit pas assez mobile pour fuir devant le doigt et les instruments. Autrement, il serait préférable de faire d'emblée la laparotomie.

Voici un deuxième cas : les deux trompes, transformées en abcès et notablement dilatées, sont au contact, au-dessus du cul-de-sac de Douglas. Elles forment à elles deux une tumeur assez régulière, nettement pelvienne, ne dépassant ni le pubis, ni le promontoire. Il n'y a pas de plastron sus-pubien. Cette fois l'incision du cul-de-sac postérieur peut encore procurer une guérison parfaite ; mais la distinction entre les cas récents et les cas anciens dont j'ai déjà affirmé l'importance ici même, il y a huit ans, me paraît tout à fait de mise. La suppuration est-elle aiguë, de toute fraîche date, incisez d'abord, ouvrez successivement les deux poches sans enlever l'utérus, quitte à en débarrasser la malade un peu plus tard. La suppuration se rattache-t-elle à des complications inflammatoires déjà anciennes, est-elle réchauffée ou est-elle demeurée à l'état chronique, l'incision cesse d'être suffisante. C'est l'hystérectomie vaginale qui est indiquée, ou la laparotomie, suivie ou non de l'ablation de l utérus, si l'on croit pouvoir éviter à la malade les risques plus grands auxquels cette dernière opération semble encore exposer, malgré les progrès accomplis dans son exécution.

Dans un troisième cas à envisager, le nombre des poches ne peut pas être déterminé sûrement. La cavité pelvienne est remplie de collections irrégulières, à parois molles par places, fermes en d'autres points. La simple incision du cul-de-sac vaginal est ordinairement insuffisante ; elle est en plus dangereuse, car il arrive que les poches les plus élevées se rompent du côté de la cavité péritonéale pendant les manœuvres. Cet accident a causé la mort de deux ou trois de mes opérées. Si les collections entourent l'utérus en restant assez bas dans la cavité pelvienne, l'hystérectomie vaginale d'emblée doit être préférée sans hésitation. Si elles remontent beaucoup vers l'ombilic, si l'épiploon et probablement l'intestin y adhèrent, l'hésitation n'est pas plus permise ; mais c'est par l'ouverture large du ventre qu'on portera le mieux remède à cette périlleuse situation. On pourra faire suivre l'extirpation des poches de celle de l'utérus.

On l'a vu, je reste fidèle à l'éclectisme dont j'ai toujours fait la règle de ma pratique. Sous ce rapport, je me déclare aujourd'hui irréductible comme je l'ai toujours été. Mais si un jour les dangers de la laparotomie pouvaient être presque sûrement écartés,

si les risques de cette opération étaient ramenés au degré de ceux de l'hystérectomie, si la léthalité s'égalisait de part et d'autre, je reviendrais avec une profonde satisfaction à la laparotomie qui m'est chère, que j'ai déjà défendue contre les partisans trop absolus de l'hytérectomie vaginale, à la laparotomie qui, seule et presque toujours, rend possibles les opérations complètes; je deviendrais absolu dans la faveur que je lui accorderais, mais mon éclectisme aurait encore à s'exercer, dans le choix entre elle et la simple incision vaginale.

Les considérations précédentes peuvent être résumées en quelques propositions :

A. — L'incision simple des culs-de-sac vaginaux est indiquée : 1° dans le cas d'hématocèle suppurée à poche unique; 2° dans le cas d'hématocèle suppurée à cloisonnements, si une barrière solide d'adhérences paraît exister du côté de la cavité péritonéale; 3° dans le cas de salpingite ou d'ovarite suppurée unilatérale, à condition que la poche soit adhérente à la muqueuse vaginale, ou, si elle ne l'est pas, qu'elle soit peu élevée au-dessus du cul-de-sac; 4° dans le cas de salpingite suppurée double, à condition que les deux poches purulentes soient accolées, semblent n'en faire qu'une et soient peu élevées dans le petit bassin; 5° d'une façon générale, l'ancienneté des lésions, leur marche plutôt chronique indiquent une autre opération, même lorsque ces lésions réalisent les conditions que je viens d'énumérer.

B. — L'incision des culs-de-sac vaginaux est contre-indiquée : 1° Dans le cas d'hématocèle suppurée, à nombreux cloisonnements, surtout lorsque les limites supérieures des lésions sont imprécises et qu'il y a lieu de craindre la rupture des adhérences les plus élevées pendant les manœuvres; 2° lorsqu'il y a des raisons de soupçonner l'existence d'une salpingite ou d'une ovarite unilatérale ou double, compliquée de péritonite enkystée à une ou plusieurs loges; 3° lorsque le foyer, même peu développé, est situé assez haut par rapport à l'utérus; 4° lorsque l'épiploon est induré et épaissi au-dessus de la tumeur et contribue grandement à la former.

C. — Dans tous ces cas, il faut d'emblée faire l'hystérectomie vaginale ou la laparotomie. La bénignité relative de la première la recommande toutes les fois que les poches sont basses, et entourent l'utérus de toutes parts. Il y a seulement à regretter que l'extirpation des annexes malades et fortement adhérentes, soit si souvent incomplète et qu'il en résulte pour les opérées des accidents ou des troubles de santé ultérieurs, avec lesquels il faut compter.

D. — La laparotomie doit être préférée sans hésitation toutes

les fois que les collections purulentes remontent très haut, que l'épiploon est impliqué dans la tumeur, que des adhérences intestinales multiples sont très probables, ou encore lorsqu'une poche purulente unique et assez bien délimitée se trouve placée trop haut au-dessus du vagin, pour qu'on soit sûr de l'atteindre, de l'ouvrir et de la drainer sans risque d'infection du péritoine voisin.

E. — Enfin, si l'incision des culs-de-sac n'a pas procuré une guérison complète, on doit pratiquer sans beaucoup attendre une hystérectomie vaginale ou une laparotomie secondaire. Ordinairement, l'ouverture simple du foyer ou des foyers a pour résultat de mettre les malades dans des conditions plus favorables pour une autre intervention.

Même si l'on a des raisons de penser d'emblée que la première intervention ne sera pas suffisante, il y a avantage, quand il s'agit de malades très épuisées par une inflammation aiguë, à agir en deux temps convenablement espacés.

L'incision des culs-de-sac est donc, suivant les circonstances, une opération d'attente, imposée par la marche de la maladie, ou une opération d'attente systématique; mais, assez fréquemment, pour que la confiance en elle ne soit pas profondément ébranlée par ses insuccès, elle est complètement et définitivement curative.

M. Hartmann. — La communication de M. Monod a rappelé l'attention sur la valeur de l'incision vaginale dans le traitement des salpingites suppurées. Dès 1893, dans un mémoire (1), publié en collaboration avec mon maître, le professeur Terrier, j'ai relaté deux cas de salpingites suppurées, revues guéries, dix-huit mois après une simple incision vaginale. En 1896, dans un deuxième mémoire (2), j'ai rappelé vingt-deux cas de colpotomies, seize pour lésions suppurées, deux pour poches séro-purulentes, six pour hématocèles enkystées. Depuis la publication de ce mémoire, j'ai pratiqué sept autres colpotomies pour lésions suppurées.

Je laisse de côté les colpotomies pour hématocèles, simples ou infectées; M. Monod ne les a pas visées dans sa communication, et à juste titre, car il s'agit là d'une lésion toute spéciale.

Je ne parlerai pas non plus du traitement des suppurations du tissu cellulaire; il s'agit alors d'abcès qui doivent être traités,

(1) Terrier et Hartmann. Remarques anatomiques, cliniques et opératoires, etc. *Annales de gynécologie*, mai 1893, p. 430.

(2) Hartmann. Traitement des inflammations des annexes et du péritoine pelvien. *Annales de gynécologie*, septembre 1896, p. 163.

comme tout abcès, par l'incision et le drainage. Comme il n'y a pas de poche préalable, l'évacuation de la collection, si elle est complète, est suivie de guérison.

Pour la même raison, absence de poche préalable, je laisserai de côté les collections du cul-de-sac recto-utérin qui doivent, sans conteste, être traitées par l'incision directe.

La question, soulevée par M. Monod, ne se pose, comme il l'a fait du reste, que pour les cas de suppurations intra-annexielles, où il existe une poche préalable.

Deux points sont à envisager :

1° La collection intra-annexielle est-elle souvent abordable par l'incision vaginale simple?

2° Les résultats définitifs sont-ils bons quand on abandonne à la rétraction spontanée une de ces poches simplement ouverte?

1° *La collection intra-annexielle est-elle souvent abordable par l'incision vaginale simple?*

Il n'y a pas de discussion pour les collections qui bombent dans le vagin, ou pour celles qui sont nettement juxta-vaginales. En est-il de même pour les collections haut situées? On a signalé, en pareil cas, le danger de l'ouverture d'une portion de péritoine libre d'adhérences. Nous n'avons jamais noté cet accident, ce qui tient peut-être à notre manière d'opérer. Jamais nous n'incisons franchement le fond du cul-de-sac postérieur. Plaçant une pince sur le col, et l'attirant fortement en haut et en avant, pendant qu'avec une valve nous abaissons la paroi vaginale postérieure, nous incisons la muqueuse vaginale transversalement sur la face postérieure du col utérin. Décollant ensuite, avec l'ongle, les parties rétro-utérines, nous suivons, restant à son contact direct, l'utérus, en nous dirigeant un peu à droite ou à gauche, suivant le siège de la lésion.

Au cours de ces manœuvres, il nous est quelquefois arrivé d'ouvrir des poches à contenu séreux, comme le signale M. Monod dans sa communication.

Pendant que l'ongle de l'index droit avance, la main gauche, posée à plat sur la paroi abdominale, déprime les parties. Cette dernière manœuvre, en même temps qu'elle a l'avantage de rapprocher du doigt vaginal la partie à ouvrir, soutient l'annexe suppurée, lui fournit un plan résistant, ce qui permet à l'index droit d'effondrer sa paroi sans recourir ni aux ciseaux, ni au bistouri.

La cavité ouverte, j'y place un drain que je fixe par un crin à la face postérieure du col.

Le résultat immédiat dans nos vingt-trois cas de lésions suppurées a été excellent ; toutes les malades ont guéri de l'opération ;

la fièvre, quand elle existait, est tombée; les douleurs ont cessé, l'état s'est manifestement amélioré et jamais nous n'avons vu le moindre accident résultant de notre intervention.

2° *Les résultats définitifs sont-ils bons après la simple incision vaginale ?*

Si nous étudions, à ce point de vue, nos vingt-trois opérations, nous voyons que deux fois il a été nécessaire de recommencer l'incision. Une fois, il s'agissait d'une malade chez laquelle nous avions incisé une collection suppurée à droite, et chez laquelle, trois mois plus tard, nous avons été amené à inciser une deuxième collection à gauche. Il s'agissait d'une double salpingite à streptocoques. Cette malade, opérée il y a deux ans, est restée guérie. Une autre fois, nous avons dû opérer une malade dont une collection avait déjà, antérieurement, été évacuée par un chirurgien de Lyon.

Deux de nos opérées ont dû, consécutivement, subir une opération plus radicale, la castration vaginale totale dans un cas, la castration abdominale totale dans l'autre.

Nos dix-neuf autres opérées peuvent, jusqu'à un certain point, être regardées comme guéries. Chez le plus grand nombre, on constate, cependant, la persistance de noyaux indurés au voisinage de l'utérus, et il existe, de temps à autre, quelques petites douleurs. Les résultats sont, en somme, moins parfaits que ceux que donnent les opérations abdominales, surtout lorsqu'on intervient dans des cas anciens, ce qui s'explique alors par l'existence d'épaississement des parois tubaires et de lésions non susceptibles de régresser.

Étant donnés ces résultats, nous conclurons que la *colpotomie est indiquée :*

1° Lors de poches bombant dans le cul-de-sac vaginal;

2° Lors de poches au contact direct de la paroi vaginale;

3° Dans les poches même petites et anatomiquement séparées du vagin, s'il s'agit d'une lésion récente ou d'une poussée aiguë sur une lésion ancienne, avec douleur exquise à la pression en un point limité, douleur comparable à celle que provoque la pression d'un abcès en toute autre région, si les lésions du côté opposé semblent nulles ou minimes.

Les cas répondant à ces diverses indications sont assez rares. Même ainsi restreinte dans ses indications, la colpotomie postérieure ne donnera pas toujours une guérison définitive, et il arrivera quelquefois, à d'autres comme à nous, d'être obligés

de recourir secondairement à une intervention plus radicale. Toutefois, comme c'est une opération essentiellement bénigne, comme elle permet de pallier, dans certains cas, d'une manière simple, à des accidents, nous continuerons à la proposer dans les cas que nous avons indiqués, prévenant cependant toujours les malades que, si cette intervention doit leur procurer une amélioration dans leur état, elle n'est pas certaine dans ses résultats éloignés et qu'elle ne permet pas d'éviter toujours une deuxième opération plus radicale.

M. Potherat. — Je ne veux pas prolonger longuement la discussion qu'a soulevée la très intéressante communication de M. Monod. Des discours qui ont été prononcés jusqu'ici, se dégage cette donnée assez nette, c'est que la plupart des chirurgiens n'accordent pas à l'incision du cul-de-sac postérieur des avantages aussi grands, que ceux qu'a paru vouloir lui attribuer notre très distingué collègue.

C'est à une conclusion semblable que m'obligent à aboutir les faits que j'ai observés dans la pratique de quelques-uns de mes collègues ou de mes maîtres et surtout dans ma propre pratique. Mais auparavant, je désire discuter rapidement ces faits.

On peut distinguer dans le travail de M. Monod deux points particuliers : l'un anatomo-pathologique, l'autre thérapeutique.

Sur le premier, je suis en complet accord avec l'auteur. Il est hors de conteste que les suppurations tubo-ovariennes (je dis à dessein tubo-ovariennes et non salpingiennes, parce que c'est le plus souvent ainsi qu'elles se présentent) s'accompagnent, non pas toujours, mais assez souvent, de collections périphériques, véritables péritonites enkystées, tantôt et plus souvent séreuses, tantôt suppurées. Il y a déjà longtemps que mes maîtres, MM. Bouilly et Segond, m'ont fait constater cette disposition anatomique, que j'ai d'ailleurs eu moi-même bien des fois l'occasion d'observer. Sur ce point particulier, je ne crois pas que M. Monod rencontre beaucoup de contradicteurs.

La conséquence à en tirer est celle qu'a indiquée très clairement M. Monod. Lorsqu'on a incisé un cul-de-sac postérieur, qu'on a ouvert une poche purulente ou séreuse, il ne faut pas se déclarer satisfait et croire avoir tout fait. Il faut explorer avec soin, et on sentira parfois une seconde poche au dessus de la première; il faut regarder après avoir élargi le champ à l'aide de valves, et on pourra voir, bombant dans la cavité péritonéale, maintenant évacuée, une poche tubo-ovarienne, qui, ponctionnée avec la pointe d'un bistouri ou à l'aide d'un trocart, donnera issue à une seconde collection.

Et ici, je ferai de suite cette réflexion que lorsqu'on *voit* cette poche, on peut aisément, sans danger, sans recourir à des instruments mousses, la ponctionner et l'inciser largement. Si l'on ne la *voit* pas, si on la *sent* seulement, alors il devient, à mon avis, dangereux de l'attaquer à l'aide de quelque instrument que ce soit, car on marche à l'aveuglette et une anse intestinale peut en imposer pour une collection enkystée.

J'arrive de suite au second point de la communication de M. Monod, le côté thérapeutique. Mais au lieu d'examiner l'incision du cul-de-sac postérieur en tant que méthode générale de traitement des suppurations pelviennes d'origine tubo-ovariennes, méthode à opposer à l'hystérectomie vaginale ou à la laparotomie, ce qui me semble, n'a pas été l'intention de M. Monod, je veux discuter la question de savoir : 1° si l'incision du cul-de-sac postérieur peut amener la guérison complète, définitive des collections purulentes du petit bassin; 2° dans l'affirmative, quelles collections elle guérira, et, comme corollaire, dans quels cas elle échoue.

A la première question, l'empirisme lui-même a, il y a longtemps déjà, répondu. Chacun de nous sait, pour l'avoir vu dans ses premières années surtout, plus particulièrement dans des services de médecine, que des collections aiguës, suppurées, du petit bassin peuvent guérir complètement après ouverture spontanée dans le rectum ou dans le vagin. Sans doute, le plus souvent, cette ouverture n'amène qu'une apparence de guérison et le mal reparaît plus ou moins tôt, appelant une intervention; mais il n'est pas douteux qu'il n'y ait parfois des guérisons durables, j'en pourrais citer plusieurs faits; vous en avez certainement observé. Je n'en rappellerai qu'un. Il y a quelques années arrivait, dans le service de mon excellent maître, M. Segond, à Dubois, une jeune femme présentant, en arrière et à gauche de l'utérus, une grosse collection tubo-ovarienne, manifestement suppurée. J'étais décidé à l'inciser directement par le cul-de-sac postérieur; M. Segond me confirma dans cette manière de voir; mais la malade voulut, au préalable, prendre l'avis de M. Alphonse Guérin. Celui-ci partagea notre diagnostic; mais considérant que la tumeur bombait fortement dans le rectum, que l'ouverture de ce côté était prochaine, il conclut en faveur de l'expectation. La malade déclara se conformer à cet avis; le lendemain même, elle rendait par défécation des flots de pus et elle guérit sans encombre.

La guérison peut même être obtenue par l'ouverture dans l'utérus. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer, après hystérectomie vaginale, des utérus perforés sur leur paroi postérieure; mais, dans un cas, il y a de cela maintenant deux ans, cas dans

lequel il existait une collection purulente dans le cul-de-sac de Douglas, collection très grande, je vis sortir du pus nettement par l'utérus. J'explorai avec soin à l'aide d'un hystéromètre (qui, bientôt, s'engagea au niveau de l'isthme, à travers l'organe, dans la collection, d'où le pus sortit alors en abondance. Pendant deux jours de suite, j'introduisis dans ce trajet une tige de laminaire; l'orifice se trouva très agrandi, et la malade guérit, un peu contre mon attente, en six semaines de temps environ. Depuis, elle est restée guérie. Il est vrai que je ne pus savoir, dans ce cas, quelle était exactement l'origine de la suppuration. La malade avait près de cinquante ans. Elle avait été opérée plus de vingt ans auparavant par Péan, d'un kyste de l'ovaire gauche. C'est tout ce que je pus relever dans son passé génital.

Les guérisons par ouverture spontanée dans le rectum ou le vagin, étant exceptionnelles, mais certaines, il semble, *à priori*, qu'elles doivent être non moins certaines, et probablement plus aisées, quand la collection a été ouverte de propos délibéré, au bon endroit, au bon moment, par le chirurgien, et quand, à l'ouverture large, ont été ajoutés des lavages, un drainage, des pansements antiseptiques. Nous entrons, ici, dans le plein de la discussion.

Or, si je m'en rapporte à mon expérience personnelle, voici ce que, sur un nombre déjà notable de cas, j'ai constaté. Tantôt, l'ouverture par le cul-de-sac postérieur, faite droit devant soi, avec le bistouri, suivie de lavages et drainages, donne une guérison simple, facile, rapide (j'ai observé seulement trois de ces cas; inutile de les détailler ici; il en est un entre autres bien connu de mon collègue et ami, Picqué); tantôt, cette même ouverture donne d'abord une certaine amélioration; la température se rapproche de la normale, l'appétit renaît, le teint s'éclaircit; mais cette amélioration ne dure pas; du pus continue à s'écouler en plus ou moins grande abondance, suivant les jours; la température prend le caractère des grandes oscillations, l'hecticité apparaît, s'accuse de plus en plus, et si vous n'allez pas plus loin dans l'intervention, la mort survient dans le marasme. Que si, au contraire, dès le début de ce déclin vers la mort, vous intervenez par une hystérectomie vaginale, vous aurez une guérison complète et rapide qui s'accusera dès le lendemain de l'opération. Cette guérison ne sera obtenue, je le répète, que si vous intervenez rapidement; l'opération tardive trouve un organisme qui ne peut plus se défendre, un sujet épuisé, et aussi, fait sur lequel j'insiste, parce qu'il aggrave beaucoup le pronostic opératoire, des annexes très adhérentes; et, en pareil cas, il vaut mieux, suivant les sages conseils de MM. Segond et Bouilly, enlever l'utérus, ouvrir large-

ment les poches et ne pas trop insister pour en enlever les parois. Il semble que la suppuration prolongée, au dehors, la fistulisation rendent plus intime l'union des poches purulentes avec les organes voisins.

Tels sont les deux ordres de faits que j'ai observés. Si l'on s'en tient aux premiers seulement, on est disposé à attendre tout de la simple incision ; mais si l'on considère seulement les seconds, on conclut en faveur de l'opération plus complète ; et pour moi, avec MM. Segond et Bouilly, cette opération, c'est l'hystérectomie vaginale.

Mais si j'examine de plus près mes deux ordres de faits, voici ce que j'observe. Les premiers se rapportent à des suppurations aiguës, récentes et surtout à des poches uniques, simples, non cloisonnées, au contact immédiat du cul-de-sac de Douglas. Il s'agit, en réalité, dans ces cas d'un abcès qui peut et doit être traité comme un simple abcès, c'est-à-dire, incisé, lavé, drainé.

Les cas, dans lesquels l'incision par le cul-de-sac postérieur n'a pas été suivie de la guérison, sont ceux dans lesquels il existait des lésions anciennes bilatérales, des trompes anfractueuses, à parois épaissies. Ce sont, en somme, les cas les plus fréquents en gynécologie ; ainsi s'explique que les insuccès que j'ai eus par l'incision du cul-de-sac postérieur, sont bien plus nombreux que les succès, qui sont au nombre de trois seulement.

Me basant sur les faits que j'ai observés et que je viens de discuter, je suis forcément conduit à cette conclusion que l'ouverture par le vagin, pour avoir des chances de succès complet, définitif, doit être réservée aux collections aiguës, simples, uniques, bombant vers le vagin, allant, en quelque sorte, au-devant de l'intervention, et appelant le bistouri. Appliquée aux collections plus ou moins anciennes, subaiguës, à parois épaisses, bilatérales ou multiples, elle ne donnera qu'une amélioration momentanée, suivie d'un retour des accidents, auxquels, seule, une intervention radicale pourra mettre fin. Envisagée vis-à-vis de cette intervention secondaire, l'incision préalable du cul-de-sac postérieur rendra plutôt celle-ci plus difficile et plus grave, et cela d'autant plus que cette intervention secondaire aura été plus retardée. Elle n'aura donc d'avantage réel, certain, que dans ces cas exceptionnels où il existe une vaste suppuration ancienne, dans un organisme profondément débilité, incapable de faire les frais d'une grosse opération. L'incision du cul-de-sac ne peut amener la guérison, mais, à très peu de frais, elle provoque un moment d'arrêt dans les phénomènes de dépérissement, voire même une amélioration qu'on suit attentivement et dont on se hâte de profiter pour intervenir par hystérectomie vaginale. J'ai eu ainsi quatre succès

dans des cas extrêmement graves : dans l'un de ces cas, opéré dans le service de mon excellent maître, M. Bouilly, la suppuration remontait, à gauche, jusqu'au niveau de l'ombilic. Je fis, à quinze jours de distance, l'incision du cul-de-sac postérieur, puis l'hystérectomie vaginale. Celle-ci me permit d'extraire deux poches salpingiennes, qui, par insufflation, pouvaient être comparées, celle de droite, à un fort poing d'adulte, celle de gauche à une vessie d'homme.

Opération *d'attente* pour les uns, *d'urgence* pour les autres, l'ouverture des collections tubo-ovariennes, par incision du cul-de-sac postérieur, qu'on la considère comme opération définitive ou comme opération préalable, ne s'adresse qu'à un petit nombre de cas tout particuliers; c'est, en réalité, une *opération d'exception.*

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance

Présentation de malades.

M. Kirmisson. — J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société un jeune enfant de sept ans chez lequel le traitement d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus droit a donné un résultat des plus remarquables au point de vue de la conservation du membre. J'ai opéré cet enfant le 23 mars dernier. Il existait chez lui un volumineux abcès du moignon de l'épaule et un décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus. Après évacuation du pus au moyen d'une longue incision verticale, j'ai fait sortir à travers la plaie le fragment inférieur de l'humérus dénudé de son périoste. J'en ai pratiqué la résection sur une longueur de 4 à 5 centimètres environ. Le canal médullaire s'est montré infiltré dans toute sa hauteur d'un pus d'une consistance crémeuse, verdâtre. A l'aide d'une petite curette de Volkmann, j'ai pratiqué l'évidement du canal médullaire dans toute sa hauteur. J'ai terminé l'opération par un lavage abondant de tout le foyer opératoire à l'eau phéniquée, entraînant tous les débris purulents, jusqu'à ce que l'eau ressortît absolument propre. J'ai laissé en place la calotte sphérique représentée par l'épiphyse supérieure de l'humérus décollée.

Les suites de cette opération ont été des plus favorables: toute trace de suppuration a immédiatement disparu. La température qui était à 40 degrés est retombée à la normale pour ne plus se relever. Quant au résultat fonctionnel, il est, comme vous le

voyez, excellent. Aujourd'hui, le bras est solide, bien qu'un peu plus court; l'enfant a conservé l'intégrité des mouvements du coude, et la plus grande partie des mouvements de l'épaule. En un mot, la guérison s'est faite comme celle d'une fracture compliquée antiseptiquement traitée. Il n'y a eu ni suppuration, ni nécrose. Ce résultat doit être attribué certainemeut à l'antisepsie rigoureureuse qui a pu être réalisée.

M. L. Championnière. — Je n'ai qu'une légère critique à faire; j'approuve entièrement l'opération faite par M. Kirmisson; ce curettage de la moelle osseuse est une excellente pratique, mais pourquoi l'attribuer à des chirurgiens étrangers? On le fait en France depuis bien longtemps et, pour mon compte personnel, je l'ai pratiqué un certain nombre de fois, dans des cas très différents et dans des os différents.

M. Pierre Delbet. — Du fait très intéressant de M. Kirmisson, je voudrais rapprocher un autre, à la vérité un peu différent. Il s'agissait d'une ostéomyélite, peut-être bipolaire d'emblée, je ne puis le dire, car l'enfant arrivait de la campagne où il n'avait pas été soigné. Son état général était d'une gravité extrême, et le bras droit, couvert de fistules, était si tuméfié qu'on ne pouvait savoir jusqu'où s'étendaient les lésions. Je commençai l'intervention sans bien savoir où elle me conduirait, et je me trouvai obligé par l'étendue des lésions, à réséquer la totalité de l'humérus, diaphyse et épiphyses. Le résultat de cette intervention bien qu'excellent, n'a cependant pas étéparfait. L'os se reproduisit en haut et en bas, mais les deux fragments d'os nouveau ne se soudèrent pas au milieu. Il reste une pseudarthrose. Peut-être aurait-on pu suturer cette pseudarthrose, car les deux os sont en contact; mais comme ces os ne sont sans doute pas de très bonne qualité, j'ai préféré faire faire un appareil orthopédique. Grâce à cet appareil, le jeune homme opéré depuis cinq ou six ans se sert de son bras d'une manière satisfaisante.

M. Quénu. — Je m'associe à ce qu'a dit M. Lucas-Championnière; le curage de l'os n'est pas un procédé qu'on puisse attribuer aux étrangers; je rappellerai un malade de dix-neuf à vingt ans, atteint d'une ostéomyélite aiguë ouverte dans l'articulation scapulo-humérale, que j'ai opéré chez M. Lucas-Championnière. Je lui fis une résection de l'épaule, puis au moyen d'une longue curette, j'ai curetté tout le canal médullaire, et le trépanant, à la partie inférieure, j'ai transformé cet os ainsi curetté en un véritable drain. Mon malade guérit, mais il mourait six mois après d'une fièvre

typhoïde; on trouva à l'autopsie que la réparation osseuse s'était faite autour de l'os ancien; il restait un petit séquestre qui se serait éliminé.

M. Kirmisson. — Je dirai à M. Delbet et à M. Quénu que leurs cas sont différents du mien; celui de M. Delbet l'est, puisqu'il a enlevé tout le segment osseux; quant à celui de M. Quénu, il diffère aussi du mien, puisqu'il a obtenu la reproduction osseuse autour de l'os ancien. Dans mon cas, ce qu'il y avait d'intéressant, c'est que l'os a continué à vivre après l'ablation de la moelle; quant à l'attribution du procédé aux étrangers, je me suis mal exprimé; je voulais dire seulement qu'il y a deux ans, un Anglais avait rappelé l'attention sur ce curettage de l'os, que je reconnais être un procédé dont la priorité revient aux chirurgiens français.

M. Potherat présente une jeune femme de vingt-quatre ans, qu'il a opérée le 5 février dernier d'une péritonite tuberculeuse aiguë, par la laparotomie, sans lavage du péritoine.

L'état actuel est excellent; l'amélioration obtenue, comparée à l'état inquiétant dans lequel se trouvait la malade au moment de l'intervention, est manifestement considérable.

Cette observation trouvera place dans la discussion à venir, soulevée sur ce sujet par la communication antérieure de M. Legros sur le traitement de la péritonite tuberculeuse aiguë.

M. Potherat présente une jeune fille de seize ans, atteinte de tuberculose ostéo-articulaire des os du pied droit, qu'il a traitée et guérie par la méthode conservatrice.

Au moment de son admission dans le service de M. Potherat, la malade présentait un foyer de pus et de fongosités sur le dos du pied; incision, curettage, abrasion de fongosités et d'un foyer d'ostéite. Cautérisation au chlorure de zinc. Guérison suivie bientôt de nouveaux foyers de fongosités dans le voisinage, avec tuméfaction énorme du pied; aggravation rapide de l'état général; formation d'un foyer fongueux costal.

L'amputation semblait seule devoir pouvoir sauver la malade.

Pourtant l'immobilisation dans un appareil plâtré, des injections de chlorure de zinc sous le périoste, l'ouverture, le curage, la cautérisation des foyers, en même temps que le traitement général par l'huile de foie de morue à haute dose, m'ont permis, comme

vous le voyez, d'obtenir la guérison du pied. En même temps, et spontanément, disparaissait le foyer de fongosités observé sur la cage thoracique du côté gauche. Enfin l'état général actuel est vraiment superbe.

M. L. Championnière. — Je voudrais demander à M. Potherat combien il a fait d'injections de chlorure de zinc.

M. Potherat. — Une dizaine.

M. L. Championnière. — Le résultat que M. Potherat nous a montré est évidemment bon. Cette malade est sur le point d'être guérie, et avec un séjour au bord de la mer, sa guérison pourrait être complète. Les injections de chlorure de zinc peuvent donc donner un bon résultat, mais à la condition d'être faites d'une façon toute différente de celles qu'ont préconisées les promoteurs de cette méthode. Ici on les a faites, mais en plusieurs fois, et après la destruction des fongosités par le curettage, et le nettoyage direct des cavités au chlorure de zinc. Ce qu'on ne voit pas, ce sont les résultats qu'on avait fait espérer, survenant à la suite d'une seule séance d'injections. C'est la seule réflexion que je veux faire, car, je le répète, le résultat de M. Potherat est bon; le pied de cette malade peut guérir s'il est bien soigné, et il vaut mieux encore avoir un pied comme le sien que de ne pas en avoir. Les lésions peuvent en effet complètement disparaître et j'ai des malades comme elle, chez lesquelles après quinze ans, toute trace de mal avait disparu; il était alors impossible de se rendre compte des désordres antérieurs qu'il y avait eu.

Calculs des deux reins et de l'uretère gauche. Extirpation par double néphrotomie. Hystérectomie abdominale.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter une femme de trente-huit ans, que j'ai opérée trois fois; je lui ai fait deux néphrotomies et une hystérectomie abdominale totale.

Cette femme est entrée la première fois à l'Hôtel-Dieu, en juillet 1895, avec des accidents très nets d'hydronéphrose intermittente du côté droit. Je pensai qu'il s'agissait d'une hydronéphrose par rein mobile et j'entrepris la néphropexie. Arrivé sur le rein par l'incision lombaire très oblique, je le trouvai bosselé, irrégulier et je sentis par la palpation un calcul volumineux qui faisait saillie vers la surface convexe.

J'incisai le rein, et j'enlevai facilement le calcul. Introduisant le doigt par la plaie rénale jusque dans le bassinet, je sentis d'autres petits calculs, que j'enlevai en me servant de pinces ou de curettes courbes. Enfin, je trouvai un autre petit calcul enfoui au sommet du rein dans un calice. Ce dernier calcul me donna beaucoup de mal; mais, enfin je réussis aussi à l'extirper. Je terminai par la suture du rein et la suture totale de la paroi sans drainage. La malade se rétablit sans aucun incident.

Dans l'année qui suivit, elle ressentit des douleurs du côté opposé, dans le rein gauche. Ces douleurs devinrent intolérables et la malade vint me retrouver à l'hôpital Laënnec. Je fis le diagnostic de calcul du rein gauche et j'entrepris le néphrolithotomie. Le rein était très volumineux et irrégulièrement bosselé. Je l'incisai sur le bord convexe et je tombai sur un bassinet anfractueux rempli non pas par un calcul, mais par une bouillie calculeuse. J'enlevai cette bouillie avec des curettes mousses. Je nettoyai le bassinet et les calices par des lavages à l'eau stérilisée, et en faisant ces lavages, je remarquai que l'uretère avait un volume tout à fait anormal. J'introduisis une sonde dans cet uretère, et constatai que la sonde était arrêtée à peu près au niveau du détroit supérieur. Prolongeant obliquement en bas et en avant l'incision que j'avais faite, je suivis l'uretère, j'arrivai jusque dans le petit bassin en décollant le péritoine, et un peu au-dessous du détroit supérieur, je sentis un calcul qui avait le volume d'une noisette. Avant d'inciser l'uretère, j'essayai de faire remonter le calcul. En exerçant des pressions de bas en haut, j'arrivai facilement à l'amener dans le bassinet et je pus l'extraire par la plaie rénale. Ayant constaté ensuite, en y poussant une injection que l'uretère était redevenu perméable, je suturai le rein et la plaie lombo-abdominale sans drainage. La réunion se fit par première intention.

Cette malade avait, en outre, un fibrome de l'utérus ayant à peu près le volume des deux poings. Jusque-là, elle en avait peu souffert. Mais quelque temps après, le fibrome devint très douloureux. La malade, qui en était arrivée à considérer une opération comme la chose la plus naturelle du monde, me demanda de la débarrasser de sa tumeur. Le 24 décembre 1896, je lui fis une hystérectomie abdominale totale en suivant la technique que j'ai décrite au Congrès de chirurgie.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis dix-huit mois, la malade jouit d'une santé absolument parfaite.

Néphrectomie transpéritonéale pour une tuberculose massive du rein et cholécystotomie idéale en une séance. Résultats éloignés.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade que j'ai opérée en février dernier pour une tuberculose massive du rein.

J'ai fait la *néphrectomie transpéritonéale* et je vous ai montré ce rein tuberculeux avec un uretère presque imperméable formé de lobes caséeux en grappe. En même temps j'ai pratiqué à cette malade la *cholécystotomie idéale ;* je lui ai enlevé une quinzaine de calculs qui remplissaient sa vésicule biliaire et avaient été cause d'accès douloureux répétés.

Vous pouvez voir combien, après cette double intervention en une séance, l'état général de cette malade s'est remonté, alors qu'elle était presque cachectique lorsque je l'ai opérée.

Gastrostomie en un temps pour un épithélioma œsophagien. Résultat au bout de seize mois.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un homme de soixante ans environ, auquel j'ai pratiqué la gastrostomie en un temps, il y a maintenant seize mois, pour un épithélioma de l'œsophage siégeant au niveau de la partie thoracique du conduit.

Vous pouvez constater que la bouche stomacale est en parfait état; le malade se nourrit très facilement et peut même absorber des aliments assez consistants par la sonde n° 20.

Cette sonde, il la garde presque toujours; dès qu'elle est retirée, il y a une tendance à la coarctation que l'on combattrait facilement à l'aide d'une bougie olivaire; mais elle le gêne si peu qu'il préfère la garder.

Son état général est très satisfaisant.

Le procédé a été celui que j'ai indiqué lors du rapport de notre collègue Ricard; c'est la simplicité même : suture hermétique de l'estomac au péritoine pariétal, puis petite ponction et sondage immédiat. Rien ne passe par l'œsophage.

M. Thiéry présente un *cas de bothryomicose.*

M. Delbet fera un rapport sur ce malade après examen histologique.

Pied bot varus équin. Enroulement du pied tel que la marche se faisait sur le dos et le bord externe du pied formant talon. Section des parties molles sur le bord interne. Résection d'une partie du calcanéum et du cuboïde et de la tête de l'astragale; extraction du scaphoïde. Guérison. Bon résultat fonctionnel constaté six ans plus tard.

par M. CH. MONOD.

J'ai eu récemment occasion de revoir une femme opérée par moi, autrefois, d'un pied bot varus équin. Il m'a paru intéressant de vous montrer, à six ans de distance, le résultat obtenu.

Cette jeune femme, âgée de vingt-sept ans, lorsque je la vis pour la première fois, en juillet 1892, était atteinte depuis l'enfance d'un pied bot d'origine paralytique, parvenu à un degré tel qu'elle marchait littéralement sur le dos du pied, tant l'enroulement du pied sur son bord interne était prononcé. Vous pouvez juger, par le moule que je vous présente, de l'état dans lequel elle se trouvait.

Un gros durillon développé à la face dorsale du pied témoignait des pressions subies à ce niveau pendant la marche. Ce durillon était devenu douloureux, et c'est pour être débarrassée de ses souffrances que la malade entrait à l'hôpital.

Je crus pouvoir tenter une opération radicale, qui fut acceptée et exécutée le 26 juillet 1892. Voici en quoi il consiste :

Opération.

1er Temps. *Section des parties molles sur le bord interne du pied.* — Suivant le procédé de Phelps, cette section est faite perpendiculaire au bord interne, au fond de la rigole créée par l'inflexion de ce bord; je coupe tout ce qui résiste pendant qu'un aide pratique le redressement forcé du pied, qui, peu à peu se déroule. Grâce à l'application d'un tube élastique sur la jambe, je puis bien distinguer les parois qui se présentent sous le bistouri; je puis, en particulier, voir et ménager l'artère et le nerf plantaire internes. La section est poussée en profondeur jusqu'au squelette. A la plante, elle atteint et dépasse la ligne médiane.

Malgré tout, le pied reste encore fortement infléchi en dedans, le sommet de l'angle ainsi formé étant, en dehors, au niveau du cuboïde.

Il faut, évidemment, pour obtenir un redressement complet, joindre à cette section des parties molles une résection osseuse.

Mais auparavant et pour bien me rendre compte de ce qu'il reste à faire, je pratique la section sous-cutanée du tendon d'Achille.

2e Temps. — *Section du tendon d'Achille,* qui n'ajoute pas grand'chose à la correction obtenue.

3e Temps. — *Résections osseuses :* elles sont faites progressivement et poussées jusqu'à complet redressement du pied.

A l'aide d'une incision partant de la malléole externe et se prolongeant jusque sur le cuboïde, je mets à découvert ce dernier os et l'extrémité antérieure du calcanéum.

Une première section, faite à l'aide du ciseau de Mac-Even, enlève une tranche de calcanéum et un fragment correspondant du cuboïde; les sections sont dirigées de façon à limiter un coin osseux à base en dehors et à sommet en dedans.

La correction est loin d'être complète.

Examinant alors l'astragale et recherchant la *cale externe* signalée par Ch. Nélaton, je n'en trouve pas trace. Il semble que ce soit la tête de l'astragale elle-même, qui s'oppose au redressement du pied en butant contre la malléole. Je la fais tomber à coups de ciseau.

La correction est dès lors presque complète, mais ne peut être maintenue sans effort.

Je me décide alors à enlever de plus le scaphoïde tout entier.

Le pied est alors absolument libre et peut être mis, sans aucune violence à angle droit avec la jambe, en position normale.

Toutes ces manœuvres ont pris environ une demi-heure.

La plaie externe est réunie; sutures profondes des parties molles au catgut; sutures de la peau au crin.

La plaie interne n'est pas réunie, mais bourrée de gaze iodoformée.

Ouate et bandes. Appareil plâtré.

Suites. — Sans incidents. Six mois plus tard, la guérison était complète, à l'exception d'un trajet fistuleux au dos du pied, entretenu par un petit séquestre qui fut extrait (décembre 1892).

Je crus devoir, à cette époque, réappliquer un appareil plâtré, parce qu'il existait une mobilité anormale du pied au niveau des sections osseuses; l'avant-pied laissé à lui-même, tombait audessous du niveau de l'arrière-pied (talon).

Cette immobilisation retarda les essais de marche, qui ne furent commencés qu'un an après l'opération.

Résultats. — La malade fut revue une première fois, au mois de mars 1895. Elle se trouvait, à peu de chose près, dans le même état qu'auparavant.

Etat actuel. — Vous avez pu constater que cette femme marche aisément, sans boiter, le pied reposant normalement.

Elle dit qu'elle peut faire toute course sans peine. Elle gagne sa vie, en faisant des ménages, occupation qui nécessite une station debout presque constante.

Localement, le pied est très diminué de volume et fait suite à une jambe atrophiée également; mais il est à angle droit avec celle ci, et la plante du pied touche partout le sol.

La mobilité anormale de l'avant-pied déjà signalée persiste, bien que moins considérable; elle ne paraît gêner aucunement la marche; peut-être la facilite-t-elle?

Au bord interne du pied, on retrouve la trace de la brèche profonde résultant de la section des parties molles. Il n'y a aucun trouble vasculaire ni nerveux du côté des orteils.

M. Lucas-Championnière. — Je ferai, pour ma part, l'observation suivante que j'ai déjà faite à maintes reprises. M. Monod a eu un beau succès, mais on pouvait l'obtenir avec une intervention beaucoup plus simple. L'opération de Phelps est médiocre : c'est une opération qui ne saurait donner que des résultats incomplets. On comprend donc que M. Monod ait été obligé de faire plus et il en est résulté une cicatrice qui n'a rien de beau pour l'œil.

Il était inutile aussi, dans ce cas, de sectionner le tendon d'Achille si les ablations osseuses étaient suffisantes; pour ma part, voilà bien longtemps que je ne fais plus cette opération à moins d'indications exceptionnelles, que je n'ai trouvées qu'une fois. Le malade dans ce cas, marchait tout à fait sur le dos du pied. Cette section a l'inconvénient de nuire au bon fonctionnement de muscles déjà très affaiblis.

Quand on fait ce que je fais, en enlevant systématiquement tout ce qui gêne : astragale, cuboïde, scaphoïde, cunéiformes, voire parfois la tête du 5e métatarsien, on arrive à redresser le pied et ces larges résections ne gênent nullement la marche.

Au bout de six semaines, j'ai des malades qui peuvent se servir de leurs pieds et sans que j'aie eu besoin de les mettre dans un appareil inamovible; au début, je faisais des résections économiques et depuis longtemps, je préconise les interventions larges.

Le seul reproche que je ferai à M. Monod, c'est d'avoir voulu être trop économique; en procédant autrement, il aurait obtenu bien plus vite et bien plus facilement un bon résultat.

M. Reynier. — Je prendsla parole pour appuyer ce que vient de dire M. Lucas-Championnière. J'ai eu l'occasion de faire, dans ces derniers temps, pas mal de pieds bots; j'ai commencé par des résections que je faisais avec un peu trop d'économie, et depuis, je me suis rallié entièrement aux idées de M. Lucas-Championnière et aux interventions larges qui seules donnent de bons résultats; l'opération de Phelps est en effet une opération qui ne remédie à rien, et qui ne permet pas de redresser le pied, tout au moins chez les adultes, comme le sont presque tous mes malades; peut-être chez l'enfant donne-t-elle de meilleurs résultats, je ne saurais le dire; toutefois je l'ai essayée chez deux enfants inutilement.

M. Brun. — Dans le cas qu'il vient de présenter, M. Monod avait affaire à un pied bot paralytique; or, je crois qu'il est utile de

faire la distinction entre les pieds bots congénitaux et les pieds bots paralytiques. Dans ces derniers cas, les muscles sont rétractés. La section du tendon d'Achille est donc souvent indispensable. Dans un cas analogue j'ai fait, comme lui, la section du tendon d'Achille et ensuite l'astragalectomie et le pied s'est redressé.

M. Lucas-Championnière. — Je répète que, si on veut avoir de bons résultats, c'est à condition de ne pas massacrer les tendons; c'est pour cela que je proteste contre leur section, qui favorise encore l'atrophie musculaire. Pour les os, au contraire, il faut en enlever le plus possible, sachant que, ce qu'il faut respecter seulement, c'est la partie talonnière du calcanéum. Je tiens enfin beaucoup à l'absence d'immobilisation de ces pieds après l'opération : cela leur donne plus de souplesse, ils sont, il est vrai, un peu raccourcis, mais solides et bien d'aplomb. On se contentera, dans la suite, de faire porter des souliers à semelle renforcée.

M. Berger. — Je suis du même avis que M. Lucas-Championnière; je tiens cependant à dire que le résultat de M. Monod est bon, et que le pied est bien d'aplomb.

M. Ch. Monod. — Je ne puis ne pas répondre un mot, aux remarques de mon excellent ami M. Championnière.

Tout d'abord je passe condamnation sur le « Phelps ». J'ai dit que cette section au bord interne du pied ne m'avait pas donné grand'chose; et je suis disposé à reconnaître, avec mon collègue, que j'aurais peut-être pu m'en passer.

Mais ce n'est pas du tout pour défendre l'opération de Phelps dans le traitement du pied bot que j'ai présenté ma malade, mais bien pour montrer la valeur des larges résections osseuses, poussées jusqu'à ce que le redressement soit complet et facile, à la façon précisément de M. Championnière. Et je croyais, je l'avoue, recueillir ici les félicitations, plutôt que les critiques de mon collègue, pour avoir suivi sur ce point la pratique qu'il recommande.

Je n'ai pas, il est vrai, fait d'emblée ce qu'il conseille; je n'ai enlevé ni les cunéiformes, ni la totalité de l'astragale. J'ai procédé par étapes, réséquant successivement ce qui mettait obstacle au redressement du pied, mais je ne me suis arrêté que lorsque, pour le redire encore, la correction a été totale et maintenue sans effort.

Comme le faisait remarquer notre président, le résultat chez ma malade est bon. Il est, au reste, exactement celui qu'obtient

M. Championnière chez ses opérés, dont « le pied, un peu raccourci, est solide et bien d'aplomb ». Ces caractères sont exactement ceux du pied de la malade que je vous présente.

Présentation de pièces.

M. Demoulin présente un *estomac* sur lequel il a fait une gastrotomie, par le procedé de Fontan. Travail renvoyé à une commission : M. Delbet, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 27 JUILLET 1898

Présidence de M. Berger

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Potherat, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Picqué. — J'ai l'honneur de transmettre à mes collègues la note qu'a bien voulu me remettre notre collègue M. Brault, au sujet du rein que je vous ai présenté dans une de nos dernières séances.

Note de M. Brault.

Il s'agit d'un kyste hémorrhagique ayant probablement pris naissance dans le rein, mais étant toujours resté en somme extérieur au rein. Ce qui veut dire qu'un kyste pararénal ne se comporterait pas autrement. Voilà pour l'origine. Quant à la nature du produit, elle est délicate à établir. La paroi est très mince : il n'existe pas de tissu sarcomateux entre le kyste et le rein : cellules vasoformatives peu nombreuses, ébauches de capillaires et de vaisseaux. Il ne s'agit, en conséquence, ni d'un fibrome, ni d'un sarcome, ni d'un angiome, et l'on ne peut admettre qu'une sorte de kystome hémorrhagique.

M. Bazy présente une observation du Dr Sprecher (de Clamecy), sur la *ligature de l'artère humérale, dans le cours de l'extirpation d'une tumeur de l'aisselle.* M. Bazy est chargé du rapport oral.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de l'opération de Phelps.

M. Félizet. — J'ai bien regretté d'être absent à la dernière séance et de n'avoir pas vu la malade que vous a présentée M. Monod.

On a fait ici le procès de l'opération de Phelps et on l'a frappée d'une condamnation pour laquelle je demande à faire appel.

Le pied bot paralytique était la forme du mal dont était atteinte la malade de M. Monod; c'est la forme la plus simple au point de vue des lésions du squelette, et c'est avec une grande surprise que j'ai vu qu'on avait abattu successivement, et par étapes, une tranche de calcanéum, un fragment du cuboïde, le scaphoïde tout entier, et que c'est au prix d'un tel *désossement* du tarse que le pied put être immobilisé dans une *position normale.*

Si l'on fait de pareils sacrifices pour un pied bot paralytique, que ne fera-t-on pas pour le pied bot congénital?

Là, ce ne sont pas, comme dans le mal paralytique, des lésions de contracture, des rapports vicieux de déformations consécutives et des troubles trophiques : le col de l'astragale est tordu, la poulie est déformée, le cuboïde est aplati, le scaphoïde est aminci, il n'y a pas jusqu'à la malléole interne qui ne fasse défaut très souvent. Le tendon d'Achille tend plus ou moins. Les muscles de la jambe sont atrophiés. Or, dans ces conditions, j'ai toujours vu l'opération de Phelps suffire.

L'objectif de l'opération du pied bot *varus équin* est celui-ci :

1° Corriger l'inflexion interne du pied et ramener la plante creuse et tordue à l'état d'un plan analogue à celui du pied sain, capable de s'étendre dans la marche et de donner au corps un point d'appui solide et régulier.

2° Donner au plan de la plante du pied un rapport moyen de 90 degrés avec l'axe de la jambe, l'extension et la flexion du pied s'écartant dans cette moyenne avec souplesse et facilité.

L'opération de Phelps m'a paru répondre admirablement à la première de ces indications; la section du tendon d'Achille répond éventuellement à la seconde.

Je n'ai jamais, depuis huit ans, attaqué un pied bot varus par

le bord externe du pied, estimant qu'il est essentiel de viser au maintien de la longueur du pied.

Le principe de l'opération de Phelps est de fendre le bord interne du pied pour l'étendre, et de couper hardiment tout ce qui tend.

Je crains bien qu'on n'ait pas osé aller, en France, aussi loin que le chirurgien américain avait conseillé d'aller, et que, par suite de cette réserve, on ait obtenu des résultats insuffisants, capables de justifier l'accusation d'être une « opération médiocre ».

Or, sur un pareil jugement, nous sommes loin de nous entendre.

Le principe de la manœuvre est celui-ci : pourvu qu'on respecte le paquet de nerfs et de vaisseaux plantaires, on peut tout couper sans hésitation et sans scrupule.

La tranche opérée, on force et on pousse la division jusqu'à ce que le redressement soit et se maintienne complet, c'est-à-dire, jusqu'à ce que le bord interne du pied soit à peine courbé et le bord externe tout à fait droit.

Il s'agit de faire décrire à l'axe du pied l'arc d'un cercle dont le centre est à la partie saillante externe.

Cette opération poussée à fond donne, en réalité, de splendides résultats.

Préoccupé de la tendance qu'avait l'incision interne à former un sillon en se cicatrisant, je me suis permis de modifier l'opération de Phelps par une action dont voici les temps :

1er *temps*. — Incision verticale partant du bord interne du jambier antérieur et découvrant la saillie du scaphoïde.

2e *temps*. — Division du scaphoïde dans le sens de son épaisseur, de telle sorte que les deux segments discoïdes soient séparés par la tranchée opératoire.

3e *temps*. — Le pied étant fortement tendu en dehors, on attaque le cuboïde. La section se fait avec un grand ciseau de Mac-Ewen, de telle sorte qu'elle intéresse plus des deux tiers internes du cuboïde.

4e *temps*. — A ce moment, abandonnant tout instrument, on opère à deux mains le redressement du pied ; entre la main qui saisit le talon et la main qui tient l'avant-pied, on sent un craquement léger : c'est le tiers externe du cuboïde qui se rompt.

5e *temps*. — Après cette manœuvre, mais seulement alors, on fait la section du tendon d'Achille.

Le pied est assoupli, et il est permis, en l'immobilisant dans une bonne attitude, d'espérer une belle guérison.

Dans cette opération, la plaie interne, la plaie de Phelps, a procuré une tranchée prismatique, triangulaire, dont les parois

sont constituées de la façon suivante, en allant de la surface au fond :

1° La peau;

2° La tranche de la moitié du scaphoïde;

3° Le cuboïde divisé avec le grand ligament calcanéo-cuboïdien;

4° Le fond formé par l'écartement arraché du tissu osseux ou du cartilagineux, suivant l'âge du sujet.

La brèche est énorme; on la tamponne afin de maintenir les lèvres de l'incision à l'écartement qu'on a produit.

Une semelle plâtrée, renforcée d'un appareil jambier, maintient les choses en état.

Sans délabrement, sans sacrifice du squelette, le pied est ramené à sa forme normale : c'est une *fracture transversale.*

Le pied n'est pas raccourci, et il ne reste d'autre trace que la large incision du bord interne.

Avec la division transversale du scaphoïde en deux disques, le résultat est encore meilleur.

Entre les deux segments osseux ou cartilagineux, suivant l'âge, il se produit un exsudat qui s'ossifie en moins de deux mois. Le scaphoïde est devenu un gros cube qui sert de *cale* et s'oppose au retour de la déformation du pied.

Voilà ce que l'opération de Phelps, avec cette simple modification, produit dans les cas de pied bot congénital *varus équin.*

Dans le pied bot paralytique, les circonstances cliniques sont certainement différentes, mais les indications mécaniques sont les mêmes : diviser et rompre tout ce qui s'oppose à la restitution de la forme normale du pied.

M. Kirmisson. — Je m'étonne d'entendre M. Félizet, dans sa communication, dire que, si les chirurgiens français ont abandonné l'opération de Phelps, cela tient à ce qu'ils ne font sans doute pas des sections suffisantes. Pour ma part, depuis 1889, époque à laquelle j'ai introduit en France l'opération de Phelps, pendant que j'étais chargé de la clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, j'ai toujours joint à la section des parties molles sur le bord interne du pied une large arthrotomie médio-tarsienne. J'ai ainsi, dès le début, modifié grandement le procédé de Phelps, et j'ai l'habitude de dire que, dans cette opération, c'est la large arthrotomie médio-tarsienne qui est le temps principal, la section des parties molles sur le bord interne du pied n'étant que l'accessoire. Ainsi modifiée, l'opération me donne chaque jour les meilleurs résultats, et j'y reste fidèle. J'en ai si souvent parlé, dans mes communications, soit à la Société de Chirurgie, soit au Congrès de Chi-

rurgie; j'en ai donné le manuel opératoire d'une façon si complète, soit dans la *Revue d'Orthopédie*, soit dans mon récent *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, que je ne crois pas devoir y insister de nouveau.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Je vais faire une courte observation à propos de la communication de M. Félizet. L'opération, telle qu'il la pratique et telle que l'entend M. Kirmisson, n'est pas l'opération de Phelps. Je reconnais qu'il y a dans ces manières de faire une amélioration, bien qu'elle ne soit pas suffisante, et c'est avec plaisir que je vois M. Félizet et M. Kirmisson, pour remédier aux défectuosités de l'opération de Phelps, préconiser les sections osseuses larges qui, d'après eux, leur permettraient le redressement.

Quant au reproche qu'on me fait de sacrifier trop d'os, je crois que ce sacrifice n'a aucune importance. Je ne sais si ces os se remplacent par du tissu fibreux, ou même du tissu osseux, mais je puis dire que, malgré ces larges résections, ces malades marchent très bien et avec un pied souple et solide, ce qui est la seule chose importante pour eux.

Je compte vous faire venir ici un double pied bot paralytique que je viens d'opérer; je voudrais vous le faire voir marcher, correctement. Je n'ai fait aucune section des tendons.

Je désire enfin relever deux faits dans la communication de M. Félizet. M. Félizet nous dit qu'il n'y a pas de déformation des os dans les pieds bots paralytiques, ce qui implique l'inutilité des résections osseuses. J'ai enlevé ce matin, devant M. Hennequin, une astragale appartenant à un pied bot de cette espèce, très déformée. Si cette déformation n'est pas aussi marquée que dans les pieds bots congénitaux, elle n'en existe pas moins. M. Félizet insiste encore sur la longueur du pied qui se trouverait conservée dans le Phelps, tandis qu'après mon opération le pied est raccourci. Or, à quoi sert cette longueur? Déjà, dans le pied bot, le pied est raccourci, et cela ne présente aucun inconvénient pour la marche, que le pied soit encore plus raccourci après l'opération.

Je persiste donc à penser que l'opération, telle que je la pratique, est plus simple que celle de Phelps. Sans appareil plâtré, j'obtiens la guérison de mes malades qui marchent bien, malgré cette large ablation des os du pied. La plus grande simplicité de mon opération la rend supérieure à celle de Phelps.

M. FÉLIZET. — C'est peut-être une question de sentiment; mais le sacrifice d'un trop grand nombre d'os dans l'opération du pied bot me paraît une chose regrettable. J'ai vu des pieds bots

opérés par des collègues très adroits; or, à la suite de l'ablation d'une partie du tarse, ces pieds étaient raccourcis de la façon la plus disgracieuse; ils s'étalaient comme des pattes d'autruche. Quant à la déformation plus ou moins grande des os suivant la variété des pieds bots, je voulais dire seulement que la déformation dans les pieds bots paralytiques est bien moindre que dans les pieds bots congénitaux. En ce qui concerne l'opération de Phelps, je m'en tiens à ce que j'ai dit : c'est une bonne opération, pourvu qu'elle soit hardie et complète.

Discussion.

L'incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes (suite et fin).

M. Tuffier. — J'ai défendu, dans la thèse de mon élève Rodriguez (1894), la colpotomie postérieure et j'ai essayé d'en régler le manuel opératoire, et de poser quelques indications. Cette nouvelle discussion m'engage à vous communiquer l'ensemble de ma pratique. J'aborderai trois points : les indications, le manuel opératoire, les résultats immédiats et éloignés.

Nous avons à notre disposition plusieurs méthodes d'évacuation des suppurations pelviennes : l'hystérectomie vaginale, la laparotomie, la colpotomie ou drainage simple. Chacune de ces méthodes a ses indications; je les pratique toutes trois suivant le siège, la forme, l'étendue, la nature des lésions, et nos divergences ne peuvent porter ici que sur le champ un peu plus vaste, la faveur un peu plus grande que chacun de nous accorde à l'une de ces voies. Je crois que l'entente serait plus facile encore si, au lieu de faire des collections pelviennes un chaos, une macédoine dans laquelle sont confondues des affections absolument diverses, nous classions, *autant que faire se peut*, les diverses lésions anatomiques dans des chapitres distincts. Pour ma part, je m'efforce toujours de porter un diagnostic, malheureusement difficile et quelquefois erroné, et je distingue les hématocèles suppurées, la pelvipéritonite, la périmétrite suppurée et les salpingites, et chacune de ces variétés se présente sous forme aiguë ou chronique. J'ai opéré par colpotomie 66 suppurations, dont 21 hématocèles infectées, que je n'envisagerai pas ici, et 45 collections péri-utérines dont 8 pelvipéritonites, 7 périmétrites post-partum, 30 collections salpingiennes, ayant une ou plusieurs poches, ce diagnostic étant aussi précis que les signes cliniques et les constata-

tions anatomiques pendant l'opération nous ont permis de le faire.

Mais si, au lieu d'envisager la statistique brute, j'examine les indications qui se posent, je trouve que mes malades qui ont bénéficié de l'intervention, sont celles qui portaient de grosses collections *postérieures* ou *unilatérales* uniques ou multiples. Un second facteur important consiste dans la marche rapide, l'*état aigu* phlegmoneux ou accompagné de fièvre de ces lésions; je considère alors l'incision comme la méthode de choix, surtout si les poches ouvertes ont une paroi *mince* facilement appréciable par le palper et le toucher.

J'ai pratiqué des incisions de salpingites dans ces cas où on est obligé d'ouvrir le cul-de-sac postérieur pour aller ensuite chercher en traversant le péritoine la *collection libre en arrière;* si j'ai eu quelques succès, j'ai reconnu également là des difficultés et surtout des dangers qui m'ont fait préférer, dans ces cas, la laparotomie ou l'hystérectomie. D'ailleurs cette colpotomie peut n'être que le premier temps de l'hystérectomie, et j'ai dû quelquefois terminer ainsi des opérations, dans lesquelles l'évacuation des poches me paraissait trop difficile. Dans tous les cas de suppurations multiples, compliquées de grosses masses péri-utérines avec parois épaisses formant un gâteau bilatéral, l'incision du cul-de-sac m'a conduit dans plus de la moitié de ces cas à faire une hystérectomie ou une laparotomie secondaire. Mais ces opérations sont beaucoup plus bénignes, plus faciles et tout aussi efficaces qu'une intervention primitive; je ne vois donc aucun inconvénient à élargir le cadre de la colpotomie, et je regarde cette opération comme excellente.

Il est cependant une indication de la colpotomie dont nous n'avons pas assez tenu compte, parce qu'elle n'est pas chirurgicale, mais qui, à mon sens, doit prendre rang ici. Je veux parler des *soins ultérieurs* que doivent prendre les malades. Le traitement post-opératoire après la colpotomie est *long* et *minutieux*. Il y a un second inconvénient, c'est de laisser persister la cause de l'infection et de nécessiter le traitement de l'utérus ou des annexes. Il faut, après que ces femmes ont été opérées, guéries et cicatrisées, un *long traitement* dont le repos absolu, les bains, l'évacuation intestinale régulière, peuvent faire tous les frais. Je considère ce traitement post-opératoire comme indispensable sous peine de dangers de récidive, et cela pendant des semaines, souvent même pendant des mois. Or, nous savons à quelles difficultés nous nous heurtons de ce côté chez nos malades d'hôpital, obligées de travailler dès leur sortie de nos salles, et si je n'ai eu chez mes malades de la ville qu'une seule hystérectomie secon-

daire à faire, je l'impute à ce seul fait que chez ces femmes les soins peuvent être plus prolongés. En somme, les hématocèles suppurées, les périmétrites, les pelvipéritonites post-partum, les grosses poches pyosalpingiennes haut ou bas placées, les suppurations aiguës postérieures ou latérales, me paraissent justiciables de la colpotomie, qui peut assurer leur guérison ou faciliter et rendre plus bénignes une laparatomie ou une hystérectomie secondaire, et je ne vois pas pourquoi on commencerait, en pareils cas, par l'opération radicale.

Le manuel opératoire que j'emploie est l'incision postérieure à la base du col comme pour une hystérectomie. Cette incision doit être large toutefois. Il m'est arrivé dans deux cas de sectionner une grosse branche utérine, j'ai pincé la première et angiotribsé la seconde (mai 1898); j'aborde toujours les collections latérales par leur partie postérieure (Voy. *Thèse* de Rodriguez), je les déchire largement, je les vide, je m'assure qu'elles sont probablement uniques, j'ouvre les autres grosses collections si je les perçois facilement, puis j'assèche et je draine le tout par de gros drains, maintenus en place par leur bout en T, et souvent par un point de suture au col. Je place autant de drains que j'ai ouvert de poches. Leur extrémité inférieure plonge dans du chiffonné intravaginal de gaze aseptique. Ces drains doivent rester longtemps en place, jusqu'à ce qu'ils soient repoussés, et c'est dans la permanence et la perfection de ce drainage que résident vraiment tout le secret du succès, et tout l'ennui des pansements consécutifs. Malgré cela, je considère comme un tel bénéfice la sauvegarde de l'utérus et des annexes, que je leur préfère encore ces soins prolongés et méticuleux.

Après la colpotomie, ou bien les accidents cessent et progressivement la cavité se comble en quelques semaines, les indurations, l'empâtement péri-utérin disparaissent après quelques mois; ou bien, les accidents septicémiques persistent, c'est alors à l'ablation par voie abdominale ou vaginale que je recours; c'est encore cette ablation qui est nécessaire quand après plusieurs mois les malades souffrent et sont menacées de rechutes d'accidents aigüs. Là encore, je dois ajouter que des soins prolongés peuvent guérir les malades sans nouvelles interventions. Ce qui, joint à ce fait que les opérations secondaires sont à coup sûr plus bénignes que les opérations primitives, me fait regarder la colpotomie comme un moyen thérapeutique très précieux dans le traitement d'un très grand nombre de suppurations pelviennes qu'il nous est nécessaire de *préciser anatomiquement.*

M. Chaput. — Je suis en communion d'idées à peu près com-

plète avec M. Monod, car l'incision des suppurations pelviennes par le vagin m'a donné des résultats aussi satisfaisants que possible.

Variétés de siège des abcès pelviens. — On peut distinguer les abcès pelviens d'après leur siège, en antérieurs, postérieurs et latéraux.

Les ABCÈS POSTÉRIEURS se divisent en plusieurs variétés :

1° *Abcès sous-péritonéaux*, produits alors par l'extension d'une suppuration des ligaments larges ;

2° *Abcès intrapéritonéaux* (pelvipéritonite, suppurée hématocèle suppurée) ;

3° *Abcès intratubaires ou ovariens;* ces derniers sont, ou bien très élevés et inaccessibles par le vagin, ou moins élevés et accessibles par cette voie.

Les ABCÈS ANTÉRIEURS reconnaissent des variétés analogues : abcès sous-péritonéaux d'origine lymphatique, abcès intrapéritonéaux du cul-de-sac vésico-utérin, et abcès intratubaires ou ovariens plus ou moins élevés.

Les ABCÈS LATÉRAUX se divisent en :

1° *Postéro-latéraux* (sous-péritonéaux, intrapéritonéaux, intratubaires ou ovariens, accessibles ou élevés) ;

2° *Latéraux proprement dits :* abcès bas situés de la gaine hypogastrique, abcès haut situés de la gaine de l'utéro-ovarienne (variétés décrites par Delbet) ;

3° *Antéro-latéraux*, avec les variétés déjà signalées (sous-péritonéaux, intrapéritonéaux, intratubaires ou ovariens, bas ou élevés).

Ajoutons encore les cas complexes où plusieurs variétés d'abcès coexistent.

Le point important, au point de vue thérapeutique, c'est la situation basse ou élevée des abcès; les abcès élevés étant seuls une contre-indication à l'incision vaginale, tandis que tous les autres en sont justiciables.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire que j'emploie est des plus simples. L'opération se fait sans valves, sous le seul contrôle du doigt, elle dure quelques secondes.

L'index gauche est introduit dans le vagin; un aide déprime la paroi abdominale, de façon à refouler l'abcès en bas. Je saisis, de la main droite, une pince pointue, spéciale, que j'ai fait construire, *pince trocart*, avec laquelle j'embroche l'abcès à travers les parois vaginales. J'agrandis l'orifice de la ponction en écartant les mors de la pince; le pus s'écoule. L'index gauche va à la recherche des autres poches qui pourraient coexister, et le même traitement leur est infligé. Je nettoie le vagin et la poche avec des éponges

montées, puis je fais l'hémostase avec une grosse éponge qu'on laisse à demeure pendant quarante-huit heures (procédé de Laroyenne); au bout de ce temps, j'enlève l'éponge et je la remplace par un gros tube de caoutchouc de 14 millimètres de diamètre, muni d'ailettes, grâce auxquelles il ne peut tomber dans le vagin. A partir de ce jour, l'opérée est mise aux injections vaginales données par une garde. De temps en temps, le chirurgien nettoie le vagin avec des tampons; il change le tube quand celui-ci paraît altéré.

Le tube est chassé par les progrès de la cicatrisation; il tombe au bout de trois à cinq semaines.

Résultats. — J'ai fait quarante fois la ponction vaginale pour des abcès pelviens; toutes nos opérées ont guéri, sans exception.

Deux fois j'ai vu survenir des fistules recto-vaginales dans des cas où l'abcès était sur le point de s'ouvrir dans le rectum; ces fistules ont guéri spontanément en quelques semaines.

La plupart des malades guérissent en trois ou cinq semaines. Au début, quelques-unes ont guéri plus lentement, lorsque je faisais des injections dans la poche; j'ai ensuite supprimé cette pratique. Les abcès intrapéritonéaux, sous-péritonéaux et les abcès tubaires ou ovariens à parois minces, guérissent en six ou huit jours. Les tubes à ailettes sont inutiles ici, des mèches de gaze suffisent.

Seules les poches tubaires, à parois épaisses, demandent de quatre à cinq semaines pour guérir au moyen du drain.

Deux de mes malades sont guéries, sans récidives, depuis six ou huit ans.

Toutes les autres, plus récentes, ont guéri sans autre opération et sans récidive, à l'exception de deux malades, dont le traitement consécutif n'a pu être surveillé par moi. La récidive peut être attribuée soit à un défaut de traitement, soit à une nouvelle inoculation des trompes par l'utérus.

Je citerai, entre autres observations, le cas d'une malade qui présentait, avec de la fièvre, une tumeur pelvienne avec un utérus gros et mou; j'avais diagnostiqué grossesse extra-utérine rompue. Je fis la laparotomie, qui me permit de constater une grossesse utérine avec une tumeur pelvienne suspecte entourée d'adhérences nombreuses. Soupçonnant un abcès et voulant éviter l'inoculation du péritoine, je fis immédiatement la ponction vaginale avec ma pince trocart; il s'écoula des flots de pus, et l'abcès fut traité comme à l'ordinaire.

Revenant ensuite à l'abdomen, je constatai un suintement sanguin persistant, résultant probablement de la décompression pro-

duite par l'évacuation de l'abcès. Je tamponnai à la gaze et je suturai le ventre.

La malade guérit sans élévation de température; la grossesse suit son cours, et l'abcès sera fermé dans quelques jours.

Indications opératoires. — J'attaque systématiquement, par la ponction, toutes les poches accessibles, et par accessibles j'entends celles que ma pince trocart peut atteindre.

Souvent j'emploie la ponction comme moyen de diagnostic lorsque l'abcès n'est que soupçonné.

Enfin, nous avons vu que la ponction vaginale pouvait succéder à une laparotomie exploratrice révélant des contre-indications à l'opération par la voie haute.

Lorsque les poches sont très élevées, je les attaque par la laparotomie.

Je réserve l'hystérectomie vaginale :

1° Aux cas où la laparotomie révèle des lésions trop graves pour une opération intrapéritonéale;

2° Lorsque la ponction, répétée à plusieurs reprises, a complètement échoué, et que l'utérus est englobé dans une gangue inflammatoire, située au voisinage du vagin.

Quoi qu'il en soit, je dois dire que, sur mes quarante opérations vaginales, je n'ai pas une seule fois été obligé de faire une laparotomie ou une hystérectomie secondaire.

M. MONOD. — Je remercie tout d'abord mes collègues de l'attention qu'ils ont bien voulu prêter à ma communication. Quoiqu'un peu malmené, je me félicite d'avoir porté à nouveau devant vous l'importante question de la cure chirurgicale des salpingo-ovarites suppurées.

Je dis *salpingo-ovarites*, car il n'a pas été dans ma pensée d'aborder ici l'histoire du traitement de toutes les suppurations pelviennes, et vous me permettrez, dans cette courte réplique, de ne pas suivre sur un aussi vaste terrain ceux d'entre vous qui ont à tel point élargi le débat. Me limitant aux faits que j'ai visés, je crois pouvoir dire que nous ne sommes pas si loin de nous entendre qu'il a paru à quelques-uns.

Il me suffit, pour l'établir, de rappeler les paroles qui terminaient ma note du 4 mai dernier.

Que disais-je, en effet? — « que toute collection siégeant d'un seul côté de l'utérus, chez une femme jeune, et lorsque le cas est récent, si elle est abordable par le vagin, doit être d'abord attaquée par cette voie; l'opération, ajoutais-je, sera souvent curative; elle ne mettra pas obstacle, si elle ne donne pas le résultat voulu, à une intervention ultérieure plus radicale. » Elle

aura été alors, suivant l'heureuse expression plusieurs fois répétée à cette tribune, une opération d'attente.

Je crois que, pour la plupart, vous souscririez à des conclusions aussi modérées.

Jamais je n'ai dit, comme on a semblé le croire, que la voie vaginale dût être employée à l'exclusion de toute autre. J'aurais même pu, si j'avais voulu traiter la question dans son ensemble, vous apporter un nombre égal d'observations où il m'a paru meilleur d'avoir recours soit à la laparotomie, soit à l'hystérectomie vaginale.

Jamais non plus je n'ai soutenu que l'ouverture par le vagin des collections pelviennes ne donnait que des succès. Pour trouver des insuccès et même des morts, il suffisait de parcourir mon travail, où les mauvais résultats comme les bons sont consignés.

Je me sépare cependant de la majorité d'entre vous en ceci que, pour moi, ce procédé devrait être plus souvent employé qu'il ne l'est; que, plus souvent aussi qu'on ne le croit, il donne des guérisons durables.

Et encore suis-je ici en bonne compagnie — avec M. Routier, qui y a eu recours plus de 150 fois, et qui « estime l'opération bonne, sans gravité, tout au plus parfois insuffisante »; — avec M. Le Dentu qui, malgré des réserves, croit qu'elle est « assez souvent complètement et définitivement curative »; — avec M. Hartmann, qui nous disait que, sur ses vingt-trois opérées par ce moyen, dix-neuf « peuvent, jusqu'à un certain point, être regardées comme guéries »; — avec M. Reynier lui-même, qui a pratiqué plus de 60 élytrotomies pour lésions suppurées péri-utérines et qui trouve que, dans certains cas, l'incision du cul-de-sac est une « méthode de choix ».

Je joins à ces noms ceux de MM. Tuffier et Chaput, qui viennent de nous montrer qu'ils sont partisans de l'incision vaginale lorsqu'elle est bien indiquée.

Pour ma part, j'ai été conduit à étendre le champ des indications de l'incision des culs-de-sac dans les suppurations pelviennes par cette considération *à priori* que, pour les ovaro-salpingites suppurées, comme pour les abcès d'autres organes, il devait parfois suffire de donner issue au pus, sans qu'il fût absolument nécessaire de pratiquer l'ablation de la partie malade.

Je sais que cette opinion paraît à beaucoup contestable. C'est là une question de fait que l'avenir et l'observation clinique trancheront. Il m'a paru du moins que dans bon nombre des cas que je vous ai rapportés, chez des opérées revues, la guérison persistait. Est-elle vraiment définitive? je le pense. Mais alors même

que je me tromperais, peut-on compter pour rien que de n'avoir pas d'emblée imposé à une femme jeune une mutilation dont on ne saurait nier les inconvénients?

Reste l'objection des dangers de l'opération. Mes excellents collègues Ricard, Schwartz et Richelot nous ont apporté à cet égard des observations bien faites pour nous détourner à jamais de toute intervention de ce genre. Je crois cependant pouvoir faire observer à M. Schwartz qu'il est tombé sur une série particulièrement malheureuse. Et, d'autre part, MM. Ricard et Richelot reconnaissent que, chez la plupart de leurs malades, on ne pouvait songer à une intervention autre que l'incision vaginale. Est-il juste de mettre au compte du procédé employé un insuccès qui relève bien plutôt de la gravité du cas : étendue des lésions ou infection déjà profonde de la maladie ?

En fait, la plupart de mes honorables contradicteurs, s'ils ont pu contester l'efficacité de l'opération, ont été du moins d'accord pour proclamer sa bénignité relative.

M. Richelot, qui s'étonne un peu de la tranquillité d'âme avec laquelle j'entreprends une intervention aussi redoutable, n'a-t-il pas terminé sa communication en nous citant des faits où il n'a eu qu'à se louer d'y avoir eu recours? N'est-ce pas qu'il a su bien choisir ses cas? Le secret des succès que j'ai obtenus, n'est-il pas dans ce choix judicieux que je me suis, moi aussi, efforcé de faire?

Je persiste donc à penser que, sans vouloir appliquer l'incision vaginale à toutes les variétés de collections pelviennes, en la réservant aux circonstances que j'ai spécifiées, — femme jeune, lésion unilatérale, affection récente, — en l'exécutant de la façon que j'ai dite (1), cette opération — alors même que la lésion est un peu haut située, pourvu qu'elle soit accessible par le vagin — mérite de conserver sa place à côté de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale dans le traitement chirurgical des abcès des trompes et ovaires et des collections qui les avoisinent.

(1) Je suis heureux de saisir l'occasion de rappeler que, comme moi, mais avant moi, M. Laroyenne, dans une communication au Congrès de Rome en 1894, et son élève M. Gouilhoud, en diverses publications qui m'avaient échappé, ont insisté sur l'importance qu'il y avait, après l'incision du vagin et l'évacuation d'une première collection suppurée ou séreuse, de rechercher et d'ouvrir un foyer plus haut situé.

Communications.

Note sur une adénolymphocèle filarienne contenant la filaire à l'état adulte. Extirpation. Guérison,

par M. le Dr ED. SCHWARTZ,
Chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Nous avons eu l'occasion d'observer et d'opérer récemment un jeune garçon originaire de la Plata, qui ne réside en France que depuis un an seulement, et qui nous fut amené pour des accidents douloureux du côté de l'aîne droite.

Il s'agissait d'une adénolymphocèle à pousses inflammatoires répétées. Elle fut enlevée et examinée histologiquement par le Dr René Marie, qui, avec sa complaisance bien connue, a bien voulu nous remettre une note détaillée sur sa structure; nous avons fait dessiner par M. Karmanski la coupe histologique la plus démonstrative, que nous joignons à notre observation intéressante et par la marche rapide de la maladie qui se développe alors que le petit malade a quitté le pays d'origine, et nous montre dans le ganglion de Cloquet la filaire adulte, alors qu'on ne trouve généralement dans la lymphe et le sang que la filaire à l'état d'embryon.

Voici l'observation de notre malade :

F... M..., âgé de treize ans, originaire de la Plata, a été envoyé par ses parents, en France, pour y faire ses études.

Il est à Paris depuis un an environ. Assez chétif d'apparence, petit, maigre, au teint bistré, il a joui néanmoins d'une assez bonne santé jusqu'à il y a quelques mois. Il s'aperçut qu'il se développait au niveau de la région inguinale droite une tuméfaction qui augmenta peu à peu de volume, en même temps que se montraient des douleurs plus ou moins vives, suffisantes pour l'empêcher de marcher, et nécessitant des séjours fréquents à l'infirmerie du lycée où il étudie.

Il m'est présenté pour la première fois en octobre 1897.

L'examen me permit de constater l'existence au niveau de la région inguino-crurale d'une tuméfaction qui, au premier abord, rappelle celle que constituerait une hernie étalée; elle est, en effet, aplatie, dépassant en haut l'arcade crurale, se prolongeant en bas jusque vers la pointe du triangle de Scarpa qu'elle remplit presque complètement. Il n'y a pas de changement de coloration de la peau qui y adhère faiblement. Aucune trace de dilatation variqueuse ou lymphatique : la palpation fait sentir une masse molle, lobée, réductible en partie sous une pression un peu prolongée, se regonflant dès qu'on cesse de presser sur elle, mais lentement, sans que la toux ou les efforts aient aucune

influence ; elle me paraît constituée par une hypertrophie des ganglions inguino-cruraux.

La pression, la malaxation est douloureuse, surtout quand on se rapproche de l'arcade crurale.

L'examen du membre inférieur ne fait découvrir aucun œdème, aucune dilatation lymphatique, aucune varice; il en est de même du côté de la paroi abdominale, du scrotum, de la région fessière. Cette tumeur devient, lorsque le malade se fatigue, beaucoup plus volumineuse; à certaines périodes, qui n'ont rien de précis, elle gonfle, s'étend et devient douloureuse, au point d'empêcher la marche, la station debout et de forcer au repos. Voilà plusieurs poussées qui se sont succédé et qui, en fin de compte, ont décidé les parents de l'enfant à consulter un chirurgien. Rien d'appréciable du côté opposé.

L'état général, comme nous le disions plus haut, est assez satisfaisant ; l'examen des principaux appareils nous montre leur bon fonctionnement; rien dans les urines, jamais d'hématurie. Nous apprenons qu'il y a eu des accidents analogues chez d'autres membres de la famille.

A notre avis, il ne se peut agir que d'une adénolymphocèle inguino-crurale, peut-être d'origine filarienne; étant donnés les accidents inflammatoires fréquents, l'interruption des études à tout moment, nous conseillons une intervention, qui doit être l'extirpation de toute la masse, nous réservant cependant de faire examiner le patient par notre maître, le professeur Le Dentu.

Se fondant sur les mêmes raisons que nous, M. Le Dentu conseille fermement d'intervenir, cela d'autant plus qu'il vient d'observer deux faits de même nature et qui encouragent à suivre cette voie.

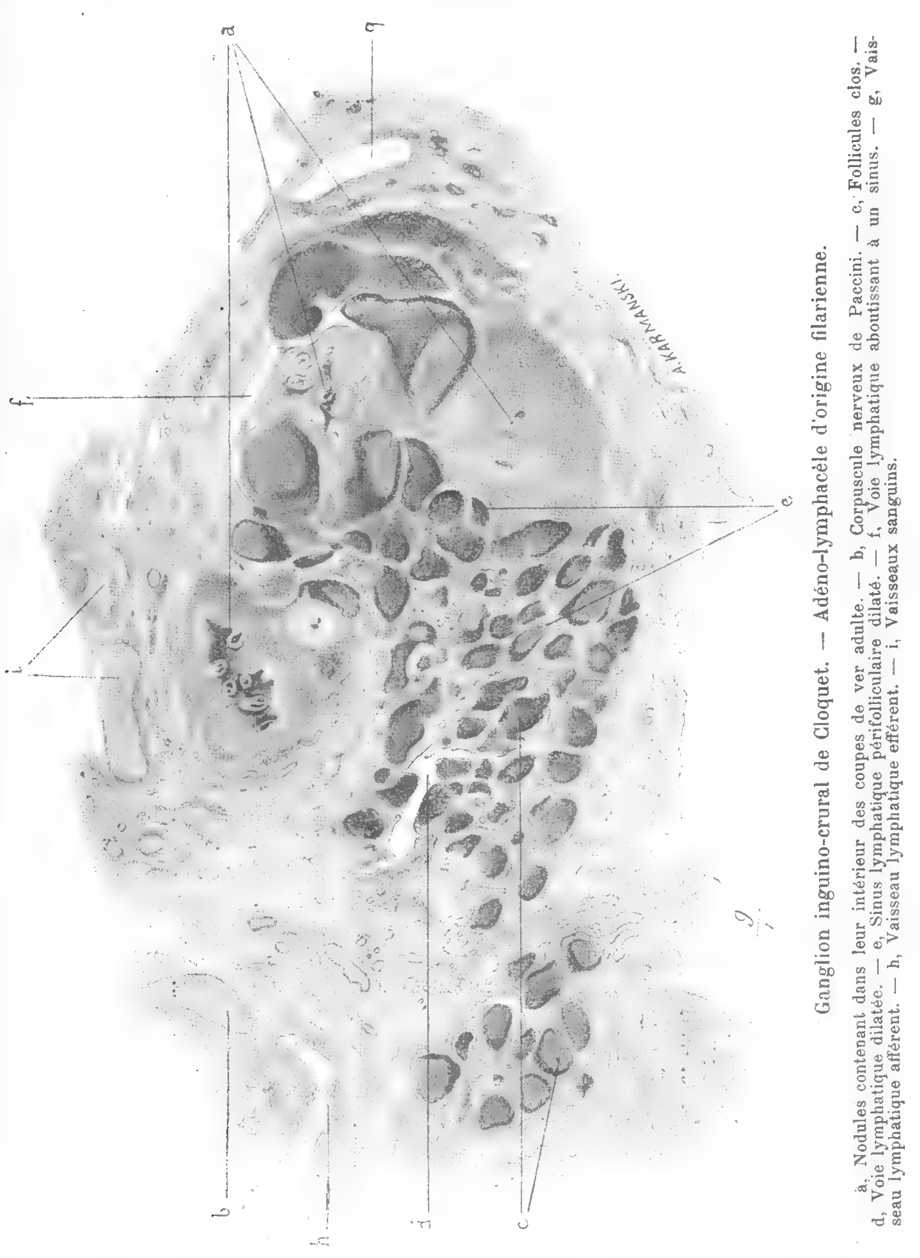
Les parents préférant surseoir et tenter encore un traitement général par un changement d'air et des toniques, sous la direction de notre excellent collègue, le Dr Faisans, nous ne revoyons le petit malade qu'en février, quatre mois environ après notre premier examen. L'état général est devenu meilleur, mais localement rien n'a changé. La tumeur est aussi volumineuse, douloureuse, et il y a eu récemment une poussée.

L'opération est décidée et pratiquée le 25 février 1898.

Chloroformisation facile. Incision verticale suivant le grand axe de la tumeur, qui est la bissectrice du triangle de Scarpa. La peau se laisse assez facilement détacher, relever en dehors et en dedans; nous commençons par couper entre deux ligatures au catgut un gros cordon inférieur qui se jette dans la masse ganglionnaire; celle-ci est détachée de bas en haut; elle reçoit de nombreuses anastomoses de lymphatiques profonds, qui donnent issue à de la sérosité lactescente qui inonde à chaque moment le champ opératoire; ligatures multiples au catgut très fin n° 0 de toutes ces anastomoses ; on trouve un pédicule en haut et en dehors : ce sont les lymphatiques de la paroi abdominale; section entre deux grosses ligatures au catgut; un autre pédicule en haut et en dedans; ce sont ceux des organes génitaux et de l'anus; on les traite de même.

La tumeur, multilobulée, ne tient plus que par les lymphatiques du

canal crural, qui est comblé par un gros ganglion qui n'est autre que le ganglion de Cloquet. On le dissèque et on jette au-dessus de lui une



Ganglion inguino-crural de Cloquet. — Adéno-lymphacèle d'origine filarienne.

a, Nodules contenant dans leur intérieur des coupes de ver adulte. — b, Corpuscule nerveux de Paccini. — c, Follicules clos. — d, Voie lymphatique dilatée. — e, Sinus lymphatique périfolliculaire dilaté. — f, Voie lymphatique aboutissant à un sinus. — g, Vaisseau lymphatique afférent. — h, Vaisseau lymphatique efférent. — i, Vaisseaux sanguins.

ligature forte au catgut. La masse est ainsi complètement libérée. Il reste encore cinq à six gros lymphatiques qui, dans le fond de la plaie,

donnent issue à de la lymphe lactescente ; nous pratiquons une lymphostase très soignée pour éviter tout décollement et une infection si facile dans ces cas. Ce n'est que lorsque la plaie est absolument étanche qu'elle est saturée aux crins de Florence, après un placement d'un drain qui ressort en haut, et qu'on enlèvera au bout de quarante-huit heures, si rien n'a suinté. Compression ouatée.

Le pansement est enlevé au bout de quarante-huit heures, tout est réuni ; il n'y a eu aucun suintement ; le drain est enlevé. La guérison se fait par première intention. Le petit malade s'en retourne au bout de dix-sept jours.

Depuis, cet enfant se porte bien et n'a plus eu le moindre accident.

M. le professeur Le Dentu vous a récemment communiqué deux faits se rapportant à la même affection ; il s'agissait une fois d'une adénolymphocèle crurale, une autre fois de varices lymphatiques, simulant une hernie inguinale avec hydrocèle filarienne et orchite chronique.

Les deux opérés ont guéri après ablation des tumeurs ; nous ne voulons insister au point de vue opératoire que sur un point, parce que nous le considérons comme d'une importance primordiale pour la guérison rapide ; c'est l'assèchement absolu de la plaie, une lymphostase parfaite, après l'hémostase ordinaire.

Il est remarquable de voir, au moins s'il en a été ainsi dans notre observation, combien est abondante la lymphorrhagie résultant des communications des lymphatiques superficiels avec les vaisseaux profonds, des blessures de petits troncs lymphatiques variqueux. Si l'on n'avait soin de pincer et de lier les moindres vaisseaux qui donnent, il pourrait en résulter, malgré une compression relativement facile dans la région de l'aine, une accumulation de liquide ou des suintements pouvant devenir très aisément le point de départ d'une infection ; la lymphe constitue, en effet, un milieu de culture très favorable pour les microbes pathogènes, si par hasard une asepsie parfaite n'était pas réalisée pendant l'intervention.

Nous considérons donc comme une condition essentielle du succès l'arrêt complet de tout suintement bien et dûment constaté avant la suture des téguments.

Voici maintenant la note qui nous a été remise par le Dr René Marie, auquel nous adressons nos remerciements :

Adénolymphocèle inguino-crurale d'origine filarienne.
Examen histologique, par le Dr R. Marie.

Nos examens ont porté sur tous les ganglions qui nous ont été remis. Voici, résumées, les principales altérations qu'ils nous ont présentées :

1° Dans tous les ganglions, il y a une dilatation considérable des voies lymphatiques afférentes, efférentes, des sinus lymphatiques entourant les follicules clos et des voies caverneuses du ganglion. Cela donne à tout le ganglion un aspect caverneux caractéristique. Le large réticulum qui parcourt les sinus périfolliculaires a disparu. Les voies lymphatiques sont vides de lymphe. Elle s'est écoulée lors de l'extirpation chirurgicale. On ne trouve pas non plus d'embryon de filaire.

2° Il y a une inflammation chronique sclérosante, qui se caractérise par une hypertrophie considérable de tout le tissu conjonctif du ganglion. On trouve, particulièrement dans les travées conjonctives qui circonscrivent les voies caverneuses, des faisceaux de fibres musculaires lisses en assez grande abondance, et sans relation avec les vaisseaux artériels et veineux.

Normalement ces éléments n'existent pas en dehors des vaisseaux; dans les ganglions de l'homme, on les rencontre seulement chez certains animaux. Ce fait est à rapprocher des cas de néphrites chroniques scléreuses, où l'on trouve également dans le tissu conjonctif une néogénèse de fibres musculaires lisses. Il est vraisemblable que ces fibres dans les ganglions doivent lutter par leur contraction, pour favoriser l'écoulement de la lymphe stagnante dans les voies lymphatiques.

3° Les follicules clos sont augmentés de volume, mais ils ne présentent pas d'altérations notables. On y trouve toutes les variétés de cellules rondes. Nous avons de plus rencontré, dans certaines régions et en très grande abondance, les éléments décrits par *Ranvier* dans le tissu conjonctif normal, sous le nom de *clasmatocytes*. Ce sont des cellules à prolongements très longs et ramifiés s'entre-croisant les unes avec les autres et formant ainsi un feutrage très serré.

4° Dans le ganglion le plus élevé de la région, le ganglion de Cloquet, en outre des altérations que nous venons de décrire, nous avons trouvé un *ver* parasite. Ce ver présente tous les caractères des *vers adultes;* il est formé d'une cuticule extérieure, d'une enveloppe musculaire, d'un canal représentant le tube digestif et d'un volumineux ovaire. Ce parasite est en voie de mortification. Il se trouve au centre de nodules, rappelant beaucoup par leur structure les follicules tuberculeux. En effet, à l'entour du ver, dans un tissu en partie nécrosé, nous trouvons toujours une magnifique couronne de cellules géantes, dans lesquelles on peut compter jusqu'à 30 ou 40 noyaux. Plus en dehors se trouvent une ou plusieurs rangées de cellules dites épithélioïdes, et enfin à la périphérie on a des stratifications concentriques de petites cellules rondes alternant avec des fibres conjonctives.

L'aspect de tuberculose est tellement net, que nous avons, pour éviter toute cause d'erreur, pratiqué la recherche des bacilles. Cette recherche a été négative. On pourrait dire qu'il s'agit là d'un cas de pseudo-tuberculose ganglionnaire d'origine filarienne.

Les lésions décrites par M. Marie sont celles que l'on observe d'ordinaire dans les adénolymphocèles, quel que soit leur siège. Il est une constatation, néanmoins, sur laquelle nous devons insister,

car elle est d'une très grande rareté : c'est la présence dans le ganglion de Cloquet d'un ver parasite adulte. Dans les observations que nous avons pu parcourir, dans celles si intéressantes qu'a communiquées le professeur Le Dentu au Congrès de Moscou et publiées dans la *Revue de Chirurgie* (10 janvier 1898), on trouve relatée la présence d'embryons de filaire dans les liquides des lymphangiectasies, dans ceux des hydrocèles; la filaire adulte, telle qu'elle existe dans le ganglion de Cloquet, dans notre observation, n'a pas été trouvée encore dans ces organes.

En somme, cette observation vient s'ajouter aux cas d'adénolymphocèle d'origine filarienne certaine, et elle présente ce grand intérêt qu'on peut y voir, dans le ganglion terminal de la chaîne, le ver adulte mort, entouré d'un foyer de nécrobiose et constituant un nodule qui ressemblerait fort au nodule tuberculeux par les nombreuses cellules épithélioïdes et géantes qui le constituent.

De la néphrotomie précoce dans les pyonéphroses,

par M. BAZY.

Il n'est pas un chirurgien qui, en présence d'une suppuration rénale, n'ait eu le regret de n'être pas intervenu d'une manière plus hâtive et n'ait été désolé de se trouver en présence de lésions déjà avancées et laissant peu d'espoir de conserver un organe utile pour la fonction.

En réalité, ces retards dans l'intervention proviennent souvent de l'incertitude du diagnostic des médecins appelés à voir tout d'abord les malades, incertitude tenant à beaucoup de causes que je n'ai pas à analyser ici. Ces retards proviennent aussi de l'idée que l'on se fait de la gravité des interventions sur le rein. C'est pourquoi on la recule jusqu'à ce que l'évidence des indications devienne éblouissante, si je puis ainsi dire. Or, les interventions ont d'autant moins de gravité qu'elles sont moins retardées, d'une part, parce que, retardées, elles s'exercent sur des organismes affaiblis, et sur lesquels le moindre choc, la moindre secousse exerce une influence désastreuse, malgré l'intégrité de l'autre rein, et aussi, parce que les retards peuvent favoriser les lésions du rein resté pendant longtemps sain. C'est pourquoi je crois devoir dire et insister sur ce fait, qu'une intervention hâtive est infiniment moins grave qu'une intervention retardée.

J'ai déjà vu, et tout le monde a vu des désastres succéder à cette opération, qui n'est, après tout, que l'ouverture d'un abcès

profond, et qui s'appelle la néphrotomie. Or, ces désastres sont dus, non pas seulement à ce qu'on a agi sur un rein, mais à ce qu'on est intervenu sur un organisme affaibli, épuisé depuis longtemps par la suppuration, l'infection et aussi l'insuffisance de l'épuration nécessaire.

Si l'on met en regard de ces cas extrêmes se terminant rapidement par la mort, et qui, par conséquent, peuvent être considérés comme graves, les cas de néphrotomie dite exploratrice, qui, bien opérés, sont bénins, on sera amené à penser que la néphrotomie précoce peut être conseillée et encouragée. Mieux vaut en somme inciser, d'une manière précoce plutôt que tardive, un phlegmon.

A l'appui de cette manière de voir, je viens citer, parmi quelques autres moins démonstratifs, un fait récent et qui me paraît tout à fait concluant.

A vrai dire, dans ce cas, la gravité de l'état général, l'intensité des douleurs et l'*augmentation* du volume de l'organe ont en quelque sorte forcé ma main et la forceraient peut-être à tout autre en semblable circonstance. Mais la nature des lésions que nous avons constatées pendant l'opération et leur évolution après l'opération sembleraient justifier ma proposition d'opérer d'une manière plus précoce que nous ne le faisons.

Voici, au reste, le cas qui a été soumis à mon observation :

Le 28 mars dernier, je suis appelé à voir en consultation avec le Dr Alibert, une jeune femme de vingt-trois ans, qui, le 20 mars précédent, a été prise de douleurs très vives dans la région du flanc gauche.

En même temps que les douleurs se montraient, la fièvre survenait et montait à 38°,9, 39°, 39°,4 le soir pour descendre à 38°,2 le matin. Il ne semble pas qu'il y ait eu de frissons le matin.

Depuis le début des accidents, l'état général n'avait fait que s'aggraver, de même que l'état local : la région était devenue de plus en plus douloureuse, le flanc était bombé ; la voussure était d'autant plus facile à constater que la malade est maigre et que la maigreur avait encore augmenté depuis le début de la maladie.

Je vois en effet une malade très émacée, couchée sur le dos, incapable de faire le plus petit mouvement sans ressentir de violentes douleurs, la cuisse légèrement fléchie sur le bassin.

Je dois dire qu'en la découvrant, je pus immédiatement constater une légère voussure du flanc. Quand je voulus y porter la main, la malade m'en empêcha. Je pus néanmoins, avec des précautions, délimiter une volumineuse tumeur, dont il me fut difficile d'apprécier la consistance, tellement la douleur à la pression était vive.

Cette tumeur, allongée en bas et en dedans, occupait bien la région du rein, dont elle reproduisait les formes notablement agrandies et descendait dans la fosse iliaque.

Peu de retentissement du côté des voies urinaires ; envies fréquentes

d'uriner toutes les demi-heures, toutes les heures; urines troubles, peu de douleurs à la miction.

Comme antécédents, nous ne relevons qu'une suppuration des deux oreilles, survenue il y a cinq ans, à la suite de grippe, suppuration aujourd'hui terminée, mais qui a laissé une surdité assez prononcée.

Deux accouchements, un il y a dix-huit mois, un autre cinq mois auparavant. A la suite de ce dernier, un abcès du sein qui a duré vingt-cinq jours : c'est la *seule étiologie* que nous puissions trouver à cette pyélonéphrite en dehors de l'ascension microbienne.

Malgré le début récent de la lésion, je n'hésitai pas à proposer une intervention, qui eut lieu le 30 mars dernier, avec le concours du Dr Alibert et de mes internes Estrabaut et Iselin.

Auparavant, je fis faire l'épreuve du bleu de méthylène qui fut positive, c'est-à-dire que le bleu commença à apparaître environ une demi-heure après l'injection sous-cutanée.

Opération. — Je fais mon incision cutanée habituelle, c'est-à-dire une incision qui, partant de l'angle costo-musculaire, se dirige obliquement vers la partie la plus élevée de la crête iliaque.

Les couches musculaires incisées, on tombe sur le rein, la capsule cellulo-adipeuse n'existant presque plus.

Ce rein a un aspect blanc bleuâtre, avec des vaisseaux gorgés de sang par places : il est de consistance ferme et est très volumineux; il paraît certainement quadruplé de volume; je fais sur le bord convexe, au bistouri, une incision longue de 5 centimètres environ, plongeant profondément l'instrument parallèlement aux deux faces.

Je pénètre dans le bassinet, qui est peu dilaté, et d'où il s'échappe environ une cuiller à soupe de pus verdâtre (cette coloration due peut-être au bleu de méthylène) et bien lié, non odorant. Mon doigt sent, dans le bassinet, des fausses membranes qu'il enlève et que nous mettons dans des compresses aseptiques pour les inoculer (1).

L'ouverture supérieure de l'uretère que je désirais cathétériser n'a pu être retrouvée. J'ai mis un gros drain dans le bassinet, de la gaze iodoformée dans les lèvres de l'incision rénale et fermé presque toute l'étendue de la plaie musculo-cutanée par deux plans de suture, une en surjet au catgut pour les muscles, une pour la peau au crin de Florence.

J'ai regardé les lèvres de l'incision rénale. Leur aspect était blanchâtre, rougeâtre par places. Je n'ai pas pu voir de traînées purulentes allant des calices vers la fin des pyramides.

Le rein me parut être si volumineux que je craignais de me trouver en présence d'un rein unique. Aussi, profitant du sommeil chloroformique, essayai-je de palper la loge rénale droite. Fort heureusement, le rein droit était descendu et mobile, de sorte qu'il me fut facile de constater et de faire constater qu'il existait.

La gravité du pronostic se trouvait d'autant diminuée.

(1) Les cobayes, dans le péritoine desquels l'inoculation a été faite, sont morts après quarante-huit heures; on n'a pas cultivé le sang, ni la sérosité.

L'épreuve du bleu de méthylène faite antérieurement m'avait, à ce point de vue déjà, fortement rassuré. Je n'étais pas fâché, néanmoins, d'avoir pu faire cette constatation.

Les suites opératoires furent simples.

La douleur spontanée cessa presque immédiatement, de sorte que la malade put bientôt se remuer dans son lit; l'état fébrile persista encore quelque temps, après une chute le lendemain de l'opération, quoique à un degré moindre qu'avant l'intervention. Parallèlement à la diminution de la fièvre, nous constatons la diminution de volume du rein, et, au fur et à mesure, la diminution, puis la cessation de la douleur à la pression. Malgré l'état fébrile, l'appétit était revenu.

Le tube fut progressivement raccourci; la malade put se lever au bout de trois semaines; le tube ne donnant presque plus de pus fut enlevé au bout d'un mois; quelques jours après, la plaie était fermée.

Depuis ce moment, la malade a engraissé; elle déclare ne s'être jamais si bien portée.

Le rein est *tout à fait* revenu sur lui-même. Jamais il n'est sorti d'urine par la plaie, sauf, peut-être, les trois ou quatre premiers jours.

La diurèse qui, au début, avait été insuffisante, peut-être par défaut de boissons, est devenue rapidement normale. Actuellement les urines sont tout à fait claires.

J'ai pratiqué, en 1893, chez un enfant de neuf ans, atteint de pyonéphrose intermittente avec poussées fébriles, augmentation de volume du rein et douleurs violentes au moment des crises, une néphrotomie dans des conditions analogues. Ici, quoique les accès de pyonéphrose eussent apparu depuis six mois environ au moment de l'intervention, à cause de l'évacuation rapide du pus retenu, le rein n'avait pu être désorganisé, et quand je l'incisai, au moment d'une crise, il sortit relativement peu de pus. Je fis le drainage; par le drain, je commençai à injecter, quelques jours après l'opération, une solution de nitrate d'argent à 1/1000, qui eut pour résultat de supprimer le pus.

L'enfant a bien guéri et j'ai su, depuis, que la guérison s'était bien maintenue.

Dans le premier cas, les accidents de pyonéphrose dataient de dix jours environ quand l'opération a été faite.

Dans le deuxième cas, les accidents étaient intermittents et les accès ne duraient pas assez longtemps pour que l'intégrité du rein pût être fortement compromise. Donc, à ce point de vue, ces deux cas se ressemblent, mais ils se ressemblent encore bien plus, au point de vue des lésions anatomiques.

En effet, ces cas ressemblent au point de vue anatomique aux

ligatures expérimentales de l'uretère. En effet, quand on a fait ces ligatures, en même temps que l'on constate la dilatation du bassinet et des calices, on voit une espèce de congestion, d'augmentation de volume de la substance rénale, et si l'on n'attend pas trop longtemps, les lésions suppuratives n'ont pas le temps d'atteindre la substance médullaire d'abord, corticale ensuite, et on peut espérer le retour à l'état normal.

Quand, au contraire, une pyonéphrose date d'un certain temps, au lieu d'une cavité unique, constituée par le bassinet dilaté, on trouve 5, 6, 10 poches formées par la dilatation des calices, communiquant avec le bassinet par un orifice insuffisant, de sorte qu'on est obligé de les ouvrir toutes, pour être certain de ne point laisser de pus; on lacère ainsi la substance rénale; à ces lacérations de l'organe répondent autant de cicatrices, ce qui est autant de perdu pour l'intégrité anatomique et fonctionnelle du rein.

En outre, à la dilatation des calices correspond une atrophie parallèle de la substance rénale, de sorte qu'en faisant la néphrectomie à ce moment, on risque de faire une opération qui ne sera conservatrice que de nom. Elle conserve l'organe et non la fonction, et souvent elle devra plus tard être transformée en néphrectomie.

La vraie chirurgie conservatrice du rein, dans ces cas, c'est l'incision précoce, hâtive, l'incision qui n'attendra pas pour intervenir que l'organe soit même partiellement détruit.

Les lésions paraissent dans ces cas rétrocéder complètement; c'est pourquoi il faut la conseiller, et c'est pourquoi cette opération me paraît essentiellement conservatrice.

Présentation de pièces.

M. Tuffier présente un corps étranger du rectum. C'est un *verre cylindrique* de 12 centimètres de long et de 7 centimètres de large. Il était situé dans le rectum au niveau de la concavité du sacrum. Des essais d'extraction pratiqués en ville en avaient brisé un des bords, d'où l'extraction plus difficile. M. Tuffier introduisit *quatre valves étroites et longues* dans le rectum, et prit les bords du verre avec quatre pinces longuettes *chaussées de caoutchouc* placées à égale distance sur le bord libre; le verre fut extrait par ce moyen facilement. Tamponnement rectal. Guérison en quelques jours. M. Tuffier insiste sur la nécessité de plusieurs valves étroites pour mettre le rectum à l'abri des déchirures et sur le revêtement de caoutchouc *à drain* des pinces qui ainsi serrent solidement sans déraper et sans briser.

Présentation de malades.

Linite probable du petit cul-de-sac de l'estomac. Gastro-entérostomie postérieure (von Hacker). Guérison. Présentation du malade.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade atteinte de linite problable du petit cul-de-sac de l'estomac, et à laquelle j'ai pratiqué une gastro-entérostomie postérieure, d'après le procédé de von Hacker, samedi il y a quinze jours, c'est-à-dire le 10 juillet.

La malade présentait depuis un an et demi des troubles graves de la digestion, consistant en pesanteurs, douleurs la poussant à rendre ses aliments, éructations nombreuses, constipation opiniâtre; développement d'une tumeur épigastrique mobile, passant sous le foie.

Aspect général bon, qui ne fait pas penser au cancer, mais plutôt à l'ulcère simple et surtout à la linite. L'examen du suc gastrique nous montre une anachlorhydrie complète, de l'acide lactique en quantité; le lavage ramène beaucoup de lait et de grumeaux, puisque le régime lacté est presque exclusivement suivi par la malade depuis six mois.

L'opération nous montre que tout le cul-de-sac droit de l'estomac est pris; il y a à la surface comme de grandes bandes cicatricielles; la paroi stomacale, très épaisse, et indurée, mais malgré cela souple, sans qu'il y ait de ganglions appréciables nulle part, est altérée jusque vers la partie moyenne.

Devant ces lésions étendues, et étant donné le bon état général, j'ai pensé faire la gastro-entérostomie postérieure.

Vous pouvez voir que la malade est actuellement en très bon état. Elle se nourrit comme tout le monde et ne souffre plus du tout.

Nous verrons, en suivant cette malade, ce que va devenir la tumeur épigastrique sous l'influence de la mise au repos de toute la région du petit cul-de-sac et du pylore.

M. Tuffier. — Je voudrais relever un point dans la communication de M. Schwartz, pour ce qui a trait au terme de *linite* qui sert de titre à la communication de M. Schwartz. Sa malade me paraît plutôt avoir présenté un ulcère calleux, comme j'en ai opéré plusieurs depuis longtemps et avec plein succès, — opération et thérapeutique; — et il ne faut pas, dans ce cas, parler de *linite*. Sous ce nom on admet aujourd'hui qu'on doit désigner une affection épithéliale, et vous devez vous rappeler un malade que je vous

ai présenté, et chez lequel on avait dit linite. M. Hayem avait pensé à une affection épithéliale, le bon état de la malade, l'aspect lisse du pylore m'avaient engagé à faire la gastro-entérostomie. Après mon opération, la malade avait engraissé, tous les troubles gastriques avaient disparu, et cependant, au bout de quelques mois, elle est rentrée dans le service avec tous les symptômes d'un épithélioma de l'estomac qui s'était développé, et elle mourut de ce fait. A l'autopsie, nous avons trouvé un épithélioma du pylore.

M. SCHWARTZ. — On n'est pas encore si fixé que le dit M. Tuffier, sur la nature de la linite ; pour ma malade, elle n'a présenté ni hématémèse, ni aucun symptôme pouvant me faire penser à une lésion maligne. Je reste persuadé que j'ai eu affaire à une lésion diffuse, mais non à de l'épithélioma.

M. CHAPUT. — Je fais, comme M. Schwartz, des réserves sur la nature de ces linites. Chez un malade, dont j'ai publié l'observation, on avait fait le diagnostic de linite et M. Pilliet avait pensé à une lésion épithéliomateuse; mais M. Cornil, dont vous connaissez la compétence en pareille matière, a affirmé qu'il ne s'agissait pas là d'épithélioma : il y a donc plusieurs espèces de linites, les unes malignes, les autres qui ne le sont pas.

Carcinome du pylore. Pylorectomie. Guérison.

M. HENRI HARTMANN. — Au cours de l'année qui vient de s'écouler, j'ai eu l'occasion de vous présenter quelques malades chez lesquels j'avais pratiqué la résection, du pylore cancéreux. Je vous ai dit que je regardais comme le procédé de choix celui de Kocher, qui, après résection ferme les deux bouts et implante le duodénum sur la face postérieure de l'estomac. Malgré mes préférences, j'ai dû, chez le malade que je vous présente, recourir au procédé plus ancien de la fermeture des deux bouts avec gastro-entérostomie consécutive, les lésions étant trop étendues sur le duodénum pour permettre un abouchement des deux bouts ou une implantation de la section duodénale sur la face postérieure de l'estomac.

OBSERVATION. — L... (Hugues), trente-trois ans, nous est adressé par le Dr Soupault. Il entre, le 18 juin 1898, salle Jarjavay, venant de l'hôpital Andral, du service du Dr Mathieu.

Il se plaint de douleurs excessivement violentes à la région épigastrique; il n'y a pas d'élévation de température; le malade ne peut absolument rien prendre, tout, même le lait, étant vomi aussitôt.

Le malade, interrogé, fait remonter le début de son affection à la fin de février de cette année; à ce moment il commença à perdre l'appétit et les forces. Il avait une sensation de pesanteur à la région épigastrique, sensation très pénible redoublant d'intensité après les repas. Il avait aussi quelques régurgitations acides. A ce moment, il ne vomissait pas encore. Il entra à l'hôpital Andral le 1er juin, dans le service du Dr Mathieu. Là, le Dr Soupault l'examina complètement, lui fit deux lavages d'estomac et une analyse du suc gastrique. Apepsie; présence d'acide lactique.

Le traitement consista en lait, potages clairs, poudre de viande; l'effet en fut du reste absolument nul.

Le 18 juin, le malade fut pris le matin d'accidents aigus de sténose pylorique : douleurs excessivement violentes à la région épigastrique, vomissements à la moindre tentative d'alimentation.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels, sauf cependant quelques excès alcooliques il y a cinq ou six ans.

État actuel. — Le malade, très affaibli, mais pas trop cachectique cependant, se plaint de souffrir beaucoup de l'estomac; à l'examen, on constate que par la percussion la limite inférieure de la sonorité gastrique est un peu au-dessous de l'ombilic.

A la palpation on sent sur la ligne médiane et s'étendant un peu à gauche, correspondant au siège anatomique du pylore, une tuméfaction régulière, dure, très douloureuse à la pression. Les autres organes abdominaux paraissent sains.

Opération, le 21 juin, à huit heures et demie du matin, par M. Hartmann. Chloroforme, M. Bourbon. Aides : Gosset, Guinard et Guillemin. — Après lavage de l'estomac avec 6 litres d'eau de Vichy, laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve une masse cancéreuse qui occupe la région pylorique. En haut, cette masse est recouverte d'exsudats fibrineux qui la relient à la face inférieure du foie. Le long de la grande courbure, au voisinage du pylore, on trouve quelques ganglions gros comme de petites noisettes. On décolle la région pylorique d'avec la face inférieure du foie, ce qui est facile, les adhérences étant molles et glutineuses. On effondre l'épiploon gastro-hépatique et explore la face postérieure du pylore, qui paraît mobile. On sectionne alors par petits paquets les épiploons, liant au-dessous des ganglions qui bordent la grande courbure. Deux pinces courbes sont ensuite placées sur l'estomac; section entre les deux; suture à deux plans de la section stomacale. Faisant relever le bout duodénal, dont la section est enveloppée d'une compresse, on avance progressivement pour arriver à couper en plein tissu sain; on est obligé de décoller la face antérieure du pancréas, mais cela se fait facilement sans sculpter la glande. La section duodénale porte trop loin pour pouvoir être facilement suturée à la face postérieure de l'estomac; aussi, faisant un trou dans le mésocôlon transverse, on attire l'origine du jéjunum, puis on fait la gastro-enté-

rostomie postérieure verticalement sur la face postérieure de l'estomac. On attire alors l'anastomose à travers le trou du mésocôlon transverse et on fixe par quatre points la partie saillante en bas de l'estomac, aux bords du trou du mésocôlon. Un drain est placé dans la cavité résultant de la résection stomacale.

Durée de l'opération : deux heures, dont vingt-huit minutes pour la gastro-entérostomie.

Examen de la pièce. — Le segment d'estomac et de duodédum enlevé représente, fendu et étalé, une sorte de trapèze d'environ 130 centimètres carrés; en son milieu, on voit un néoplasme ulcéré situé exactement au niveau de l'antre pylorique. En arrière, du côté de la grande courbure, quelques ganglions sont gros comme des noisettes.

Après l'opération, injection de 500 grammes de sérum artificiel. A cinq heures du soir, pouls à 80, température 36°,8, pas de vomissements; état général très bon. Deux nouvelles injections de 500 grammes de sérum et cinq lavements de thé et cognac. Le malade urine seul. Le lendemain, 22 juin, pouls à 100, température 37°,4; état général excellent, vraiment surprenant après une intervention aussi grave. Le surlendemain 23 juin, pouls à 90, température 37°,4; le malade prend du lait, du champagne glacé; a uriné seul 500 grammes d'urine normale; état général toujours très bon.

24 juin, pouls à 90, température 37°,3; ablation du drain qui est remplacé par un autre beaucoup plus court et d'un plus petit calibre; état général toujours excellent. 8 juillet, guérison.

Je vous présente le malade aujourd'hui 27 juillet.

Il mange et digère tout et a augmenté notablement en poids pendant ces quinze derniers jours.

Le 17 juillet, il pesait 55 kilogrammes; le 25, il pèse 56 kil. 500.

Chez ce malade, j'ai dû mettre à nu une certaine étendue de tissu pancréatique, ce qui nécessite le placement d'un certain nombre de pinces et de ligatures; de cette extension des lésions vers le duodénum résultent donc deux conséquences :

1° L'impossibilité de recourir en pareil cas à la suture des deux bouts ou à l'implantation rétro-stomacale de la section duodénale;

2° L'existence, après l'opération, d'une surface cruentée assez étendue, résultant de la dénudation du pancréas.

Pour diminuer l'étendue de celle-ci, j'ai mobilisé le péritoine postérieur, recouvert avec lui les surfaces cruentées, puis j'ai drainé la cavité constituée par le foyer opératoire.

La guérison a été obtenue sans incidents.

M. Tuffier. — Je pratique régulièrement cette péritonisation des surfaces cruentées, presque toujours nécessaire quand la résection porte sur la première portion du duodénum assez loin. Comme la discussion est engagée ici entre la valeur respective

de la pylorectomie et de la gastro-entérostomie, je tiens à dire que les six malades auxquels j'ai pratiqué la pylorectomie sont encore vivants et qu'aucun ne présente de récidive.

M. HARTMANN. — Je dois dire que mes deux opérés de pylorectomie, l'un depuis dix mois, l'autre depuis onze mois, se portent bien et n'ont encore pas fait de récidive.

M. BERGER présente une malade à laquelle il a fait une *résection de l'épaule pour une luxation sous-acromiale*, qui déterminait de fortes douleurs par compression du circonflexe.

Présentation d'instruments.

Masque à éthérisation rendu transportable.

M. le D[r] Michaux présente à la Société de Chirurgie un *masqu pliant pour l'éthérisation*, fabriqué par M. Mariaud, sur ses indications. Ce masque diffère de ceux précédemment imaginés, par sa construction particulière; il se plie instantanément dans toutes ses parties sans rien démonter et devient de ce fait très facile à transporter.

A cause des vacances, la prochaine séance de la Société est remise au premier mercredi d'octobre.

Le Secrétaire annuel,

P. REYNIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1898

Présidence de M. Berger

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques des mois d'août et de septembre;

2° Une lettre du ministre du commerce invitant la Société à prendre part à l'Exposition universelle de 1900;

3° Une pétition du Congrès des naturalistes et médecins polonais contre l'interdiction, par la police prussienne, de l'entrée au Congrès des sujets étrangers : « Tous sujets étrangers qui arriveraient pour ledit Congrès seraient immédiatement expulsés par la police. »

4° Une observation de M. Folet, de Lille, membre correspondant. Elle a été lue et sera publiée dans le Bulletin du jour.

A propos de la correspondance.

Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. Laparotomie. Suture de neuf perforations intestinales. Guérison. (Observation de M. Folet),

par M. le Dr O. LAMBRET,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Lille.

N... (Charles), dix-sept ans, imprimeur, entre le 3 août 1898, à huit heures et demie du soir, à l'hôpital Saint-Sauveur, salle Saint-Jean, service

du professeur Folet, que j'ai l'honneur de suppléer. Ce jeune homme en se promenant dans les fortifications de Lille, vers sept heures et demie du soir, a reçu un coup de feu (carabine), tiré par un chasseur à cheval, de faction dans les jardins militaires. Le coup a été tiré de bas en haut, les jardins étant situés à un niveau très inférieur à celui des remparts. Transporté d'urgence à l'hôpital, je le vois vers dix heures du soir, c'est-à-dire deux heures et demie après l'accident.

Je me trouve en face d'un blessé dont la présence d'esprit est complète ; il m'explique avec clarté dans quelles circonstances l'accident s'est produit, et montre quelle était sa position et celle du soldat qui a tiré. Il est très calme, mais la face est pâle et les traits légèrement anxieux. Il se tient immobile dans son lit, se plaignant de douleurs dans le ventre. Le pouls bat à 90; les pulsations sont plutôt faibles. Il vient d'avoir un vomissement.

L'abdomen découvert, il est facile de voir à droite, situé à deux travers de doigt en dehors du pubis et à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, un orifice circulaire de 1 centimètre de diamètre environ, aux bords un peu déchiquetés et noirâtres. Cet orifice laisse suinter du sang noir en petite quantité. Le ventre n'est pas ballonné. A la palpation, on perçoit que la paroi abdominale est violemment contractée, surtout du côté droit; elle l'est également du côté gauche, mais moins fortement et il semble que si on insistait, on arriverait vraisemblablement à la déprimer dans une certaine mesure; du côté droit au contraire, les muscles sont contractés au maximum et la main rencontre une résistance invincible : c'est véritablement le « ventre en bois ». Cet examen ne se fait pas sans douleur.

Celle-ci est diffuse et généralisée à tout l'abdomen, peu vive cependant, et également plus prononcée à droite qu'à gauche. La percussion ne fournit aucun renseignement, la région hépatique est mate. Le blessé n'a pas eu de selle depuis l'accident.

En présence de ces deux symptômes : contraction violente de la paroi abdominale et douleur, je ne crus pas devoir différer l'intervention et je pratiquai la laparotomie avec l'aide de M. Chateleyn, interne des hôpitaux; M. Leroy, interne de garde donnait le chloroforme (1).

Je pensais bien trouver la lésion intestinale du côté droit, néanmoins je fis la laparotomie sur la ligne médiane.

Le péritoine à peine ouvert, il s'échappa une certaine quantité de gaz et il s'écoula un peu de sang mélangé à des liquides intestinaux. Allant immédiatement à la lésion de l'intestin, je recherchai l'anse cæcale afin de pratiquer le déroulement méthodique du tube digestif. Cette recherche me permit de constater que la fosse iliaque droite et le petit bassin étaient souillés par des matières fécales épaisses et verdâtres.

Je fis aussitôt avec soin un premier essuyage au moyen de compresses

(1) J'aurais plus volontiers donné l'éther, mais le mode d'éclairage de la salle d'opération, qui n'est malheureusement pas encore pourvue de lampes électriques, ne le permettait pas.

de gaze un peu humides, et je m'occupai des perforations. J'en trouvai neuf, échelonnées sur une étendue de 1m,50 environ appartenant à la dernière partie de l'intestin grêle. Par chacune d'elles fusaient des gaz et des matières ayant les caractères déjà énoncés. Sept de ces perforations étaient circulaires et analogues comme aspect à la plaie cutanée produite par la balle; les deux autres avaient des dimensions plus considérables dans le sens de la longueur, le bord libre de l'intestin ayant été blessé suivant son grand axe, sur une étendue d'au moins 2 centimètres. Le péritoine viscéral et celui qui tapisse la fosse iliaque étaient déjà congestionnés, des arborisations vasculaires se dessinaient nettement, les anses intestinales avoisinantes paraissaient légèrement dilatées.

Les perforations furent rapidement suturées à la Lembert par un surjet à la soie fine. Cette suture, bien que simple quand elle est soigneusement faite et de peu d'étendue, me paraît posséder les garanties suffisantes de solidité, tout en exigeant le minimum de temps et en occasionnant le minimum de rétrécissement du calibre intestinal. Le péritoine fut encore une fois rapidement essuyé pour enlever les nouvelles souillures produites pendant la suture. Un drain fut placé dans le flanc droit, un autre dans le petit bassin, et le ventre fut rapidement refermé. L'opération avait duré cinquante minutes, pendant lesquelles le malade avait reçu un litre de sérum artificiel. Le pouls n'avait subi aucune modification, il n'y avait pas de shock. La nuit fut bonne, grâce à la morphine et à l'opium, qui assurèrent l'immobilité de l'intestin.

Le lendemain et les deux jours qui suivirent, le malade reçut un litre de sérum artificiel dans la journée. Les drains donnèrent beaucoup; il fallut renouveler le pansement le troisième jour. Il y avait une légère rougeur autour de la plaie produite par la balle. Le cinquième jour, la température monta à 38°,5; le trajet de la balle suppurait; on fit le pansement et on en profita pour enlever le drain situé dans le flanc droit et pour diminuer considérablement la longueur de celui du petit bassin. Le huitième jour, il fallut désunir les sutures de la plaie abdominale, dont la guérison dut se faire par seconde intention. La cicatrisation est aujourd'hui terminée; le malade se lève, va et vient dans les salles, son tube digestif fonctionne d'une façon absolument normale. Il est demeuré constipé quatre jours après l'opération; le cinquième, je lui fis donner un lavement, le huitième jour un purgatif; depuis lors je n'ai pas eu à m'en occuper. J'ignore complètement où est allée la balle, probablement dans les masses musculaires périvertébrales (1); elle a dû s'infecter au contact des matières intestinales et aurait pu être cause d'un abcès qui heureusement ne s'est pas produit.

Je n'ai pas l'intention de faire suivre cette observation de longs commentaires; j'appellerai seulement l'attention sur les points suivants, qui me paraissent présenter quelque intérêt :

(1) Une radiographie ultérieure sera faite.

1° La contraction violente de la paroi abdominale a été d'une grande valeur au point de vue du diagnostic;

2° L'intervention faite hâtivement me paraît seule capable d'avoir pu conjurer le développement d'une péritonite septique dont le début a été constaté anatomiquement;

3° Je n'ai pas cru devoir pratiquer le lavage de la grande cavité péritonéale. La sobriété des manœuvres intra-abdominales a permis de faire vite (50 minutes), et d'éviter la production du shock opératoire;

4° L'abondance des liquides qui souillèrent le pansement pendant les trois premiers jours me paraît démontrer l'efficacité du drainage.

C'est à l'ensemble de ces facteurs, auxquels il faut ajouter l'action bienfaisante du sérum artificiel, que je crois devoir attribuer la guérison dans l'observation que je viens de rapporter.

Rapports.

Epingle à cheveux extraite de la vessie par la taille hypogastrique, par M. Rochard.

Rapport de M. PICQUÉ.

Messieurs, dans le courant de l'année, notre collègue M. Rochard vous a présenté une épingle à cheveux qu'il avait extraite de la vessie chez une femme, par la taille hypogastrique, et vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur le cas.

Voici d'abord le résumé de cette observation.

L..., J..., quatorze ans, entre le 24 décembre 1897 à Lariboisière, dans le service de M. Périer. Elle s'est introduit, il y a trois jours, par l'urèthre, une épingle à cheveux de 7 centimètres et demi.

Deux tentatives d'extraction sont faites sous chloroforme, après dilatation préalable de l'urèthre. Elles ne donnent aucun résultat.

Dans ces conditions, M. Rochard pratique une taille hypogastrique, qui permet très facilement l'extraction de l'épingle. Deux plans de sutures sont pratiqués sur la vessie, une sonde à demeure est fixée pendant dix jours. Les suites opératoires sont très bénignes. La malade sort le vingt-troisième jour, complètement guérie, après avoir présenté un certain degré de cystite pendant quelques jours.

Cette observation mérite de retenir pendant quelques instants l'attention de la Société.

Depuis un an, j'ai eu l'occasion d'observer trois cas de corps étrangers de la vessie. Deux de ces cas ont été présentés au deuxième congrès d'urologie.

L'un d'eux avait trait à un porte-plume en ivoire, que j'ai extrait de la vessie d'une jeune femme ,par la taille vaginale.

Je vous ai présenté récemment le troisième cas : il s'agissait d'une épingle à cheveux incrustée de sels calcaires que j'ai retirée de la vessie d'une femme de quarante ans, également par la taille vaginale.

D'une façon générale, il faut délaisser tous les procédés d'extraction par les voies naturelles quand il s'agit ou de corps volumineux non susceptibles d'être broyés ou de corps à plusieurs pointes comme les épingles à cheveux. Ces tentatives sont le plus souvent infructueuses, comme dans le cas de notre collègue et elles ne laissent pas que d'être parfois dangereuses.

C'est donc à l'intervention sanglante qu'il faut recourir et, pour ma part, je pense que c'est, dans l'immense majorité des cas, la taille vaginale qu'il faut pratiquer.

Néanmoins la taille hypogastrique conserve des indications : il est certain que chez les petites filles à vagin étroit et à hymen intact, il faut, comme l'a fait M. Rochard, pratiquer la taille hypogastrique. Mais il est une autre indication : c'est l'orsqu'il s'agit d'un corps volumineux ou dont on ne connaît pas la configuration. J'ai pris depuis longtemps l'habitude, dans mon service de l'hôpital Dubois, d'appliquer la cystoscopie à l'étude des corps étrangers de la vessie. Il est des malades qui refusent de donner aucun renseignement sur la nature et la forme du corps étranger quand même elles en ont avoué l'existence.

La cystoscopie rend alors un réel service ; mais si le volume ou l'adhérence des parois de la vessie au corps étranger ne permet pas d'éclairer ce dernier, je crois qu'il est plus prudent, dans ce cas, de recourir d'emblée à la taille sous-pubienne qui permet l'examen direct avant le début des manœuvres : ces manœuvres pourraient, en effet, être dangereuses pour les parois de la vessie si l'on venait à pratiquer l'extraction par la voie vaginale d'un corps étranger volumineux ou à plusieurs pointes.

La même voie se trouve naturellement indiquée lorsque les caractères ont pu être reconnus d'avance à l'aide de l'éclairage électrique.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur, de déposer son observation dans nos archives et de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de notre société.

Plaie profonde de la région épiglottique par instrument tranchant, par M. ISAMBERT, médecin-chef de l'hôpital militaire de Dunkerque.

Rapport de M. PICQUÉ.

M. Isambert nous a adressé une observation sur laquelle vous m'avez prié de vous faire un rapport.

Voici tout d'abord le résumé de cette observation :

Le 16 janvier 1897, un homme de trente-sept ans se coupe la gorge dans un restaurant de la ville et est amené à l'hôpital civil où M. Isambert est appelé d'urgence à lui donner ses soins.

Le malade est sans connaissance, le pouls imperceptible, la respiration faible et irrégulière : il présente au cou une entaille profonde allant du sterno-mastoïdien gauche, complètement divisé, au sterno-mastoïdien du côté opposé. Les vaisseaux carotidiens sont intacts, frisant de leur relief le plan profond de la plaie. Les jugulaires externes sont divisées et fournissent beaucoup de sang.

L'épiglotte flotte dans la lèvre supérieure de cette énorme plaie, à peine retenu par ses replis aryténo-épiglottiques. Toutes les parties molles prolongeant le bord supérieur du larynx sont sectionnées au ras du bord supérieur du cartilage thyroïde jusqu'aux cornes thyroïdiennes, celles-ci légèrement entaillées seulement.

Quant au larynx libéré de ses attaches hyoïdiennes, il était luxé en avant, montrant sa cavité par l'écartement des cordes vocales.

M. Isambert, assisté de M. Duriau, médecin à l'hôpital civil, pratique d'abord la ligature des jugulaires. Puis le larynx est ramené dans l'axe du conduit trachéal, maintenu par un aide dans cette position pendant que la base de l'épiglotte mise en regard de son insertion thyroïdienne, y est fixée par une série de points de suture au catgut.

La membrane thyro-hyoïdienne est suturée de même à l'aide de points fixés d'une part dans les parties molles, de l'autre dans le périchondre, puis successivement les parties molles du cou, muscles, aponévroses et peau.

Les suites opératoires furent nulles; les fonctions respiratoires et de déglutition se rétablirent rapidement.

Le 1er février, le malade était définitivement guéri.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres.

Elle montre, après beaucoup d'autres il est vrai, mais c'est là une constatation toujours intéressante au point de vue médico-légal, que dans les plus grands traumatismes du cou, les artères carotides sont le plus souvent respectées.

Elle prouve également l'utilité des sutures profondes : on a souvent contesté leur efficacité en invoquant la mobilité inces-

sante des parties divisées, mobilité qui peut parfois aboutir à la section des tissus.

L'observation de notre confrère de l'armée démontre cependant tout le bénéfice qu'on en peut tirer, à la condition toutefois de pratiquer une antisepsie rigoureuse, de fixer solidement les fils et d'en placer également un nombre suffisant.

Hémarthrose subite du genou gauche d'origine intra-articulaire, par M. Isambert, médecin-chef de l'hôpital militaire de Dunkerque.

Rapport de M. PICQUÉ.

Messieurs, M. Isambert nous a également adressé une observation d'hémarthrose subite du genou, dont voici encore le résumé :

B..., soldat au 27e artillerie, fait, en 1893, pendant les manœuvres, une chute sur le genou gauche à la suite de laquelle se produisit une hémarthrose ?

Après un traitement de trois mois à l'hôpital, ayant consisté uniquement en révulsifs et compression, il reprit son service qu'il continua pendant deux années, sans conserver aucune gêne fonctionnelle ni aucune trace apparente de son accident.

Le 1er août 1895, sans cause appréciable, il se produit brusquement une gêne fonctionnelle qui, en deux ou trois heures, l'immobilise complètement.

Envoyé le 7 août à l'hôpital, M. Isambert trouve le genou tuméfié, indolore à la pression et en demi-flexion.

Une ponction donne lieu à 160 grammes de sang presque pur. L'exploration méthodique de la jointure lui permet alors de constater sur la tubérosité interne du fémur, à 1 centimètre en dedans du bord rotulien et à un travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire, l'existence d'une nodosité profonde demi-solide, un peu allongée et couchée sur le squelette parallèlement à son axe vertical.

Les mouvements de latéralité imprimés à la rotule déterminaient un ressaut et une sensation particulière de frottement impossible à reproduire dans la même manœuvre pratiquée du côté sain. La petite masse profonde semblait légèrement mobilisable dans le sens latéral, surtout dans l'extension du genou, mais elle ne pouvait être déplacée verticalement, quelle que fût la position donnée à l'articulation. Celle-ci paraissait absolument saine d'autre part.

Il s'agissait donc d'un corps étranger, que l'arthrotomie pratiquée le

23 août permit de découvrir sur la partie supérieure de l'aileron ligamenteux et avant l'ouverture de la jointure. C'est un corps lisse, convexe, saillant, d'un blanc nacré, enclavé dans la capsule, d'une longueur de 2 centimètres et demi environ sur 15 millimètres de large. Il est excisé aux ciseaux avec la bande capsulaire le bridant immédiatement. A ce moment, un léger écoulement de synovie se produit : la synoviale apparaît alors rouge, injectée, tomenteuse; elle fait hernie au-dessus de la surface articulaire et notamment au-dessous de la surface articulaire interne. Le cartilage articulaire est intact partout, sauf sur la crête de séparation du condyle et de la tubérosité interne du fémur, où l'on aperçoit une saillie anguleuse représentant très exactement une petite pyramide cartilagineuse à pointe très fixe, de 3 millimètres de hauteur sur 6 millimètres de base. Le sommet de la pyramide répond à la saillie anormale de la capsule, et cette disposition explique la sensation de frottemeut signalée plus haut. La gouge de Legouest fait sauter cette pointe et la plaie est fermée par cinq sutures cutanées au crin de Florence. Le genou est immobilisé dans une gouttière plâtrée. Les suites opératoires sont nulles et le malade quitte l'hôpital le 1er décembre complètement guéri.

L'examen histologique des fragments a été pratiqué par M. Moty, médecin principal.

La petite pyramide, d'aspect cartilagineux, représente les éléments épiphysaires normaux, c'est-à-dire du tissu osseux spongieux avec une lamelle de tissu compact.

La partie synovio-capsulaire offre : des parties fibreuses avec quelques trousseaux très réguliers; des parties celluleuses à grosses cellules ovales dont quelques-unes contiennent des cristaux d'acides gras, semblables à des cellules cartilagineuses dégénérées, infiltrées de graviers et de sels calcaires; çà et là, un corpuscule osseux normal.

Une lamelle osseuse de nouvelle formation occupe le milieu de la frange.

A l'aide des renseignements qui précèdent, on pourrait suivre pas à pas, d'après notre confrère, la marche du travail néoplasique qui a nécessité l'intervention opératoire.

Le premier traumatisme, survenu il y a deux ans, a très probablement déterminé une lésion à la suite de laquelle une exostose intra-articulaire a pris naissance. Cette exostose s'est développée, sa pointe s'est aiguisée et l'on peut supposer avec M. Isambert que par irritation de voisinage, la synoviale a subi successivement une transformation fibro-cartilagineuse puis osseuse. Plus tard, il se fût formé sans doute une masse ostéo-cartilagineuse présentant la composition des corps étrangers du genou, et l'on est conduit de la sorte à penser que l'on s'est

trouvé en présence d'une production pathologique de ce genre en voie d'organisation. Il ne s'agit toutefois que d'une hypothèse, et je tiens à le faire remarquer. En tout cas, si l'on veut admettre, avec M. Isambert, l'existence d'un corps étranger en voie de formation, il faut bien reconnaître que le mode de formation n'est guère conforme aux opinions actuellement admises sur l'origine traumatique des corps étrangers et leur mode d'évolution.

Déjà, en 1895, notre collègue de l'armée vous a présenté une observation très intéressante de corps étranger du genou développé aux dépens des franges synoviales et qui fut l'objet d'un rapport intéressant de M. Felizet. Dans ce cas, il y avait eu une hémarthrose, qu'on put expliquer facilement par la rupture d'une artériole du pédicule synovial de ce corps étranger.

Dans le cas actuel, il se produisit également une hémarthrose, et M. Isambert se trouve amené à établir un rapprochement entre ces deux observations.

J'avoue que le mécanisme de l'hémarthrose me paraît beaucoup plus difficile à expliquer, et je crois qu'on ne peut qu'enregistrer la coexistence d'un corps étranger avec l'hémarthrose, sans chercher à établir, dans le cas actuel, une relation de causalité.

Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Isambert est intéressante, et nous ne pouvons que remercier l'auteur de nous l'avoir communiquée.

En conséquence, je propose à la Société de remercier M. Isambert de l'envoi de ses deux observations :

De les déposer dans nos archives;

De l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Fracture bilatérale du maxillaire inférieur, traitée par la suture, par M. Loison, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport de M. PICQUÉ.

M. le Dr Loison vous a récemment communiqué un cas de fracture du maxillaire inférieur traitée, avec succès, par la suture. J'ai pensé que ce cas, au sujet duquel vous m'avez demandé un rapport, méritait de retenir pendant quelques instants l'attention de la Société :

D..., soldat au 1er cuirassiers, de constitution robuste, tombe de

cheval et se trouve traîné sur le sol pendant plusieurs mètres. Sa tête frappe contre le mur à la porte du manège.

Il est transporté d'urgence au Val-de Grâce, où il arrive avec les signes d'une commotion cérébrale légère.

Il n'existe aucune plaie des téguments, mais un gonflement assez prononcé au niveau des deux régions sus-maxillaires, surtout à droite.

Une certaine quantité de sang s'écoule d'une plaie de la gencive, située au niveau des dernières molaires.

On reconnaît facilement l'existence d'une fracture bilatérale, caractérisée par un défaut de rapprochement et de concordance des arcades dentaires, les mouvements anormaux, la crépitation et une douleur limitée à la pression.

A droite, le trait de fracture siège au niveau de l'angle de la mâchoire ; à gauche, il se trouve sur la partie moyenne de la branche horizontale.

L'hémorrhagie est arrêtée par la compression directe ; les fragments sont maintenus en réduction relative à l'aide d'un chevestre.

Les irrigations buccales répétées suppriment la fétidité de l'haleine.

La tuméfaction et les douleurs ayant notablement diminué, M. Loison pratique un examen local plus complet.

Du côté gauche, les fragments chevauchent, surtout dans le sens vertical, les fragments antérieurs s'étant déplacés vers le bas.

A droite, le doigt introduit dans la bouche sent, sur le bord antérieur et interne de la branche montante, une pointe osseuse verticale saillante sous la muqueuse et adhérente au fragment antérieur.

Malgré tous ses efforts, notre confrère ne put obtenir une réduction suffisante ; c'est dans ces conditions qu'il se décida à tenter la suture osseuse, après avoir pris l'avis de M. Nimier.

L'opération est pratiquée le 28 décembre. Le long du bord inférieur de la branche gauche du maxillaire, incision de 4 à 5 centimètres dont le milieu correspond au trait de fracture ; à l'aide de la rugine le périoste des faces externe et interne est relevé sur une hauteur de 2 centimètres environ. On constate alors, qu'il existe un fragment intermédiaire à base inférieure, long de 1 centimètre environ et à sommet supérieur, provenant de ce que le trait de fracture s'est bifurqué en y renversé vers le milieu de la hauteur de l'os ; le fragment n'est pas libre.

Perforation de chaque fragment de dehors en dedans. M. Loison dispose une anse externe avec un fil d'argent ; les extrémités du fil sont ramenées obliquement sous le bord inférieur du maxillaire pour soutenir les fragments intermédiaires, relevés et passés sous l'anse longitudinale sur le milieu de laquelle on les enroule.

Suture du périoste à la soie, de la peau au crin de Florence ; drainage.

La branche gauche du maxillaire est bien maintenue, mais il est toujours impossible de placer la droite en bonne position.

M. Loison fait, à droite, une nouvelle incision horizontale de 5 à 6 centimètres, débordant en arrière l'angle de la mâchoire : on arrive ainsi sur le trait de fracture qui présente une double obliquité de haut en

bas d'avant en arrière et de dehors en dedans. Partant, en haut de la partie postérieure de la dernière molaire, il aboutit en bas à l'angle du maxillaire. Le fragment postérieur chevauche en avant sur la face externe du fragment antérieur.

La réduction n'est possible que par la section des fibres interposés du ptérygoïdien interne.

La réduction ne se maintenant pas, M. Loison applique une anse d'argent comme du côté opposé, en ramenant les extrémités sous le bord inférieur de chaque fragment pour les fixer aux extrémités de l'anse externe horizontale.

La suture forme ainsi deux anneaux verticaux réunis par une traverse perpendiculaire au plan de chacun d'eux et tangente à leur partie supérieure.

La suture des parties molles est également faite comme du côté opposé.

Les suites opératoires furent assez simples, sauf du côté droit où se produisit un phlegmon sous-maxillaire qui nécessita une contre-ouverture. Le fil d'argent fut retiré et il s'élimina un petit séquestre.

Actuellement, 27 avril, la guérison est complète : le maxillaire inférieur présente une conformation et un fonctionnement normaux. Le fil d'argent est bien toléré à gauche. A droite, il persiste deux cicatrices difformes qui s'atténueront problement avec le temps.

Messieurs, le cas que nous a présenté M. Loison montre le résultat favorable qu'on peut obtenir avec la suture osseuse dans les fractures du maxillaire inférieur : à ce titre, il méritait de vous être signalé.

Les succès obtenus depuis quelques années dans cette voie ne doivent cependant pas conduire les chirurgiens à appliquer la suture dans tous les cas.

A la mâchoire inférieure, quand la réduction est possible et surtout facile à maintenir, mieux vaut évidemment recourir aux procédés ordinaires de la prothèse, qui donnent généralement d'excellents résultats.

Mais il n'en est pas toujours de même : parfois la réduction est impossible ; le cas de M. Loison nous montre que parfois l'insuccès des manœuvres tient à l'interposition musculaire ; dès lors la suture osseuse devient tout à fait indiquée.

A quel procédé d'incision convient-il de recourir?

M. Loison pose en principe, qu'il faut alors préférer la voie cutanée pour se mettre à l'abri des infections possibles.

Or, l'argument n'est pas sans réplique. Avec les procédés actuels de lavage, on peut, dans un grand nombre de cas, éviter l'infection, et je pense, pour ma part, qu'on ne doit recourir à l'incision cutanée qu'en présence des cas assez rares où la disposition des fragments ne permet pas d'utiliser la voie buccale.

Messieurs, je vous propose : 1° de remercier M. Loison de sa communucation ; 2° de déposer ses observations dans nos archives ; 3° de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

Arthrite suppurée de la hanche droite consécutive à une rougeole compliquée d'otite moyenne suppurée droite. Arthrotomie. Guérison, par M. Sieur, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport de M. PICQUÉ.

M. Sieur vous a récemment adressé une intéressante observation, au sujet de laquelle vous m'avez prié de vous présenter un rapport.

En voici d'abord le résumé :

P... (Henri), vingt-deux ans, 19e escadron du train des équipages, a eu à l'âge de huit ans une rougeole, suivie d'une otite moyenne suppurée droite ; deuxième atteinte, en 1897.

Pendant sa convalescence (2 mars), violentes douleurs dans l'oreille droite, suivies d'un écoulement purulent abondant.

Pas de complications mastoïdiennes; néanmoins, l'état général reste mauvais; la température est montée à 40 degrés, c'est alors que le malade accuse pour la première fois de vives douleurs dans la cuisse droite : les mouvements de flexion et d'abduction de la hanche sont très douloureux. Le lendemain 15 mars, les douleurs de la hanche sont plus vives, surtout lors des mouvements provoqués. Le pli inguinal est moins accusé que celui du côté opposé. Douleurs vives à la pression au-dessous de l'arcade, dans la direction du psoas iliaque. Il existe également une douleur à la pression au-dessus et en arrière du grand trochanter. Le choc sur le talon n'éveille aucune douleur. La tuméfaction inguinale s'accentue les jours suivants. Empâtement péritrochantérien. Le membre est dans l'extension; le pied en adduction forcée; M. Sieur admet l'existence d'une arthrite suppurée et pratique une arthrotomie par le procédé de Hueter.

La ponction de la capsule, faite au bistouri, laisse sourdre un pus très liquide et riche en streptocoques. La capsule est alors incisée crucialement. Issue de quelques grumeaux fibrineux.

Les surfaces articulaires sont indemnes ; seule la synoviale est infiltrée et enflammée. Lavage de l'articulation. Drainage.

Dans les jours qui suivent l'opération, il se fait des fusées purulentes : l'une intermusculaire en haut et en dehors, l'autre en rapport avec la partie la plus interne du col du fémur et de la tête fémorale, une troisième sous les muscles fessiers dans la direction du sciatique.

Elles sont successivement ouvertes; dès lors, les accidents généraux et locaux vont en s'amendant rapidement.

Le 20 juin, les accidents inflammatoires ont disparu depuis un mois; une tentative modérée de mobilisation ramène un frisson violent et une température de 40 degrés.

Grâce au repos, cette alerte n'eut pas de suites; au bout de huit jours, le malade commençait à se lever. Mobilisation consécutive de l'article. Électrisation et massage.

Actuellement, l'adduction du membre est peu marquée. L'abduction est limitée par une forte bride fibreuse formée le long d'un trajet fistuleux interne; la flexion de la cuisse sur le bassin n'atteint pas l'angle droit.

Néanmoins, la marche est facile et s'exécute sans douleurs.

Messieurs, le cas de M. Sieur mérite de retenir quelques instants votre attention.

En effet, les cas d'arthrite post-rubéolique sont assez peu nombreux. Dans la thèse récente de Simon (thèse de Montpellier 1896-1897), cet auteur, qui résume tous les cas d'arthrite post-rubéolique, n'en signale que 11 cas, et quelques-uns sont peu concluants.

La hanche y figure pour 4 cas. Les autres jointures donnent 3 cas pour le genou; 3 cas pour le coude, dont 2 sur le même sujet et 1 cas pour l'articulation tibio-tarsienne. 3 fois sur les 11 cas l'arthrite a été suppurée (1 genou et 2 coudes); en conséquence, l'arthrite suppurée coxofémorale n'y figure pas; dans tous les autres cas, l'arthrite a été séreuse ; chez 2 malades, elle s'est terminée par tumeur blanche.

L'examen bactériologique du pus, dans un cas de Estor, rapporté par Simon, a montré qu'il s'agissait d'une arthrite à streptocoque pur, comme dans le cas de M. Sieur.

Au point de vue pathogénique, il est bon de remarquer que le malade de M. Sieur présentait une infection streptococcique de l'oreille et que l'examen bactériologique du liquide de la ponction démontra sa richesse en streptocoques, comme je l'ai signalé plus haut. D'autre part, quelques jours avant sa rougeole, il avait fait une chute au manège sur la région trochantérienne droite. Cette chute avait été violente et le malade en éprouvait une gêne notable au moment de la marche. Peut-être pourrait-on voir dans ce traumatisme une raison de la localisation à droite, conformément aux expériences bien connues de Max Schüller.

Sous le rapport du traitement, notre confrère insiste beaucoup sur l'utilité de l'arthrotomie précoce, pratique d'ailleurs acceptée aujourd'hui par tous les chirurgiens et qui n'est plus à défendre.

Un point plus important est relatif au mode d'ouverture de la

jointure. M. Sieur a eu recours à l'incision de Hueter, qui, si elle a l'avantage de respecter mieux les tissus péri-articulaires, présente le grave inconvénient de se prêter mal au drainage. La lecture de l'observation montre bien à cet égard la défectuosité du procédé, et je pense, pour ma part, qu'il est préférable, à la hanche, de suivre la pratique des incisions postérieures. Ollier a conseillé même de débrider à la fois en avant, en arrière et en dedans, et je crois que l'observation de M. Sieur vient bien à l'appui de cette manière de procéder.

M. Sieur s'est contenté de l'arthrotomie simple, et le résultat qu'il a obtenu a suffisamment justifié sa pratique. Mais doit-on, dans certains cas, songer à la résection des surfaces articulaires? Je ne puis, on le comprendra, à l'occasion du cas qui vous est présenté, envisager la question si délicate des indications de la résection dans les arthrites suppurées. Chaque variété d'articulation donne d'ailleurs lieu à des indications spéciales; or, d'une façon générale, les énarthroses se prêtent mal aux lavages et au drainage; et, comme a dit très bien M. Ollier, la résection constitue, dans ces conditions, la plus haute expression du drainage.

Il est certain que, lorsque les lavages intra-articulaires n'amènent pas rapidement rétrocession des accidents, il devient rationnel de recourir à la résection, et l'indication devient encore plus nette lorsqu'il existe une altération marquée des surfaces articulaires. Mais on ne saurait, comme certains chirurgiens l'enseignent, pratiquer, dans tous les cas d'arthrite suppurée, la résection des surfaces articulaires. Il y a là un véritable abus contre lequel il convient de réagir à mon sens; le cas de M. Sieur est encore instructif à cet égard, car il nous montre les résultats favorables qu'on peut obtenir par l'arthrotomie simple, même dans les articulations le moins disposées au drainage et lorsque des complications graves se sont déjà produites.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Sieur pour son intéressante communication; 2° de déposer son observation dans nos archives; 3° de l'inscrire dans un rang très honorable, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

Communications.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale (un cas de résection du ganglion de Gasser, trois cas de résection du bord alvéolaire, huit cas de résection du ganglion de Meckel et du nerf maxillaire supérieur),

par M. le Dr A. GUINARD.

Depuis cinq ans, j'ai observé neuf malades atteints de névralgie faciale ou de tic douloureux de la face absolument rebelle à tout traitement médical. J'ai pu suivre tous ces malades et je crois intéressant de consigner ici dès maintenant les réflexions que peut suggérer leur histoire.

Quatre de mes observations sont publiées *in extenso* dans le volume du Congrès de chirurgie de 1895 et dans la thèse de mon élève Caroli (Paris, 1896). Je n'en donne ici qu'un court résumé, en insistant seulement sur les phénomènes que j'ai pu constater chez ces malades depuis cette époque.

Obs. I. — *Névralgie faciale ancienne; résection du nerf sous-orbitaire et du ganglion de Meckel. Guérison persistante.*

Cette observation, qui a trait à un homme de cinquante-cinq ans, date de septembre 1892 (1). La névralgie avait débuté depuis vingt ans et siégeait à gauche, occupant la narine et tout le territoire innervé par le sous-orbitaire. J'arrivai sur le nerf maxillaire supérieur par la voie latérale, suivant le procédé de Lossen-Braun, si heureusement réglé par Segond. Le malade quitta l'hôpital, absolument cicatrisé, le douzième jour; et, pendant trois ans, j'ai pu m'assurer qu'il n'était pas survenu la moindre crise douloureuse. Je l'ai perdu de vue depuis deux ans, mais je suis bien certain qu'il serait venu me trouver de nouveau si les douleurs avaient reparu.

Obs. II. — *Névralgie faciale; résection du nerf sous-orbitaire et du ganglion de Meckel. Guérison* (2).

La malade, âgée de cinquante et un ans, était hospitalisée à l'hospice Debrousse, d'où M. Marie la fit venir à Tenon, en septembre 1893, dans le service de M. Nélaton que je suppléais. Le début de ses douleurs remontait à dix ans : elles avaient paru d'abord dans la narine gauche. Depuis six ans, les accidents douloureux s'étaient étendus fort loin; la marche s'accompagnait de douleurs lancinantes dans la plante des

(1) Voir les détails dans le volume du Congrès de chirurgie, 1895, p. 731.
(2) Voir pour les détails le volume du Congrès de chirurgie, 1895, p. 731.

pieds; peu à peu, ces douleurs envahirent tout le membre inférieur gauche. Les douleurs sciatiques donnaient une claudication constante, très marquée. Je fis la résection du ganglion de Meckel et du nerf par le procédé de Segond, et quinze jours après l'opération, la malade rentra à l'hospice Debrousse absolument guérie. Les crises n'ont plus jamais reparu et la claudication, due aux douleurs sciatiques, ne s'est plus manifestée.

Cette malade vient de succomber, cet hiver, à l'hospice Debrousse, à une broncho-pneumonie : elle est donc restée absolument guérie pendant plus de quatre ans. Voici la note inédite que m'a remise, en 1895, M. Sainton, interne à Debrousse.

« Depuis l'opération, les douleurs, dont le début remontait à dix ans, ont totalement disparu; la malade n'a plus jamais eu de fourmillements. La seule sensation désagréable qu'elle éprouve est un chatouillement du côté opéré.

« La sensibilité, au contact et à la piqûre, ne paraît pas altérée de ce côté; la sensibilité thermique est légèrement diminuée.

« L'anesthésie du voile du palais existe des deux côtés; elle paraît un peu moins complète à droite. Il existe quelques troubles insignifiants du côté gauche ; amincissement de la paupière supérieure, épiderme moins plissé que de l'autre côté. Cet aspect lisse se rencontre aussi sur la pommette sous-jacente. Les deux pommettes sont le siège d'une couperose variqueuse plus accentuée du côté opéré.

« La paupière inférieure gauche est un peu en ectropion; le larmoiement est fréquent de ce côté (il existait avant l'opération et s'exagérait au moment des crises, mais était moins continu). La pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite et se contracte correctement. Le réflexe cornéen est conservé.

« La malade se plaint de quelques bourdonnements dans l'oreille gauche : l'ouïe est normale de ce côté. La perception de certaines odeurs : éther, ammoniaque, est plus faible à gauche.

« Enfin, il existe de ce côté un léger degré de parésie faciale. »

En somme, la guérison a été parfaite et s'est maintenue entière jusqu'à la mort, survenue plus de quatre ans après l'opération.

Obs. III (inédite). — *Névralgie faciale rebelle. Résection du ganglion de Meckel et du nerf sous-orbitaire. Incident opératoire. Guérison.*

Un menuisier de cinquante-deux ans, Aug. Lec., entre, le 17 août 1895, à Lariboisière, dans le service de mon maître Peyrot, que j'avais l'honneur de suppléer. Sa névralgie faciale siégeait à droite et avait débuté dix-huit mois auparavant par d'atroces « brûlures » qui lui tenaillaient la narine droite pendant plusieurs minutes chaque fois qu'il se mouchait.

Toute la zone du sous-orbitaire droit était d'une exquise sensibilité, mais on ne constatait rien du côté de la muqueuse buccale et des dents, qui n'étaient pas en mauvais état. Le malade se plaignait surtout de ne pouvoir supporter un attouchement quelconque de la joue, une sensation de froid, un coup de vent dans la rue, etc., sans être pris de crises

douloureuses terribles, accompagnées de larmoiement et de contractures des muscles de la face. Le malheureux est résolu à tout tenter avant d'en arriver au suicide.

Le 31 août 1895, je pratique l'opération de Lossen-Braun-Segond. Dans le premier temps de l'opération, qui consiste à découvrir le nerf sous-orbitaire à sa sortie du trou sous-orbitaire et à le lier avec un fil de soie, je fais une faute opératoire : je prends, sans m'en douter, dans ma ligature, des fibres musculaires insérées à l'os; aussi, lorsque je voulus tirer sur le fil pour extraire le nerf sous-orbitaire, mes efforts portaient sur les insertions musculaires et le nerf ne venait pas. Cette faute rendit mon opération particulièrement laborieuse, et ce n'est qu'après avoir bien libéré et bien isolé mon nerf au trou sous-orbitaire que je pus l'amener sur une longueur de 4 centimètres. Dix-neuf jours après l'opération, le malade quittait Lariboisière absolument guéri. Un point de suture au niveau de l'incision sous-orbitaire avait donné un peu de pus. Le huitième jour, en enlevant les fils, j'exerçai quelques pressions à ce niveau pour déterger la petite plaie et nous vîmes aussitôt apparaître une crise douloureuse analogue à celles pour lesquelles j'étais intervenu. Le malheureux fut pris d'un désespoir extraordinaire, croyant que tout était remis en question. Par bonheur, aucune douleur n'a reparu depuis cette époque.

Obs. IV. — *Névralgie faciale rebelle. Résection du nerf sous-orbitaire et du ganglion de Meckel. Guérison* (1).

Un de mes élèves qui assistait à l'opération de mon observation précédente fut frappé du résultat immédiat obtenu et de la bénignité des suites opératoires. Il m'amena son père qui souffrait depuis vingt-cinq ans de névralgies faciales pour lesquelles on avait tout tenté, y compris une résection du nerf sus-orbitaire pratiquée par Péan, sans aucun résultat. Les crises de M. H..., âgé de soixante ans, duraient trois à quatre minutes et se renouvelaient cinq fois par heure en moyenne. Les accidents siègent à gauche. Le 9 novembre 1895, je pratique l'opération de Lossen-Braun-Segond. Je ne note comme incident qu'une hémorrhagie veineuse plus abondante que dans mes autres opérations. Un tamponnement de quelques minutes suffit à éclairer le fond de la fente en tarissant cette hémorrhagie. De plus, le soir de l'opération, je trouvai un hématome ou plutôt une grosse ecchymose de la joue s'étendant jusqu'à la lèvre inférieure.

La réunion ne fut pas moins parfaite sans drainage. M. H... est actuellement — trois ans après l'opération — en excellent état. Cependant, il a eu cet hiver, à deux périodes différentes, des sensations douloureuses à gauche, analogues à celles d'autrefois, mais « très supportables et très atténuées ».

(1) Voir pour les détails, la thèse de Caroli. Paris, 1896, page 42.

Obs. V (Inédite). — *Névralgie faciale rebelle. Résection du ganglion de Meckel et du sous-orbitaire. Guérison.*

Il s'agit ici d'une ménagère de soixante-quinze ans, la veuve R..., qui m'est envoyée à Lariboisière en septembre 1897. Cette malheureuse souffrait atrocement, depuis cinq ans, de crises névralgiques d'une violence extraordinaire. Une sorte d'aura partait de l'aile du nez du côté gauche; et alors le visage de la patiente témoignait d'une angoisse inexprimable dans l'attente de la crise. Chaque fois, les manifestations douloureuses avaient le même caractère. « Ce sont des bombes qui éclatent dans la joue et dans l'œil », répétait invariablement la malade. Cette comparaison se retrouve souvent dans cette affection. Ici tous les traitements médicaux usités étaient restés sans effet appréciable.

J'hésitais, malgré les supplications de la malade, à pratiquer la résection du ganglion de Meckel et du nerf sous-orbitaire. La femme était grosse, avec des chairs molles, et surtout elle avait soixante-quinze ans. Les douleurs, au moment des crises, irradiaient jusque dans le membre inférieur gauche, le long du trajet du sciatique, et il restait à la suite une sorte d'hébétude qui laissait la malade comme abrutie. Le 7 septembre 1897, je me décidai cependant, après m'être assuré par l'observation, que les crises se reproduisant incessamment, rendaient la vie absolument insupportable.

L'opération fut faite comme les précédentes par la méthode de Lossen-Braun-Segond. Je note ici un incident à retenir. Le nerf sous-orbitaire était friable et ramolli dans ses branches terminales. Une faible traction le déchira au ras du trou sous-orbitaire où il me fut impossible de le saisir de nouveau.

Je dus, pour avoir le tronc nerveux sur toute la longueur de sa traversée orbitaire, ne pas le sectionner au niveau du grand trou rond après l'avoir chargé sur un crochet mousse. En tirant avec précaution sur ce crochet, j'amenai le tronc nerveux tout entier dans la plaie latérale, et le saisissant par son extrémité libre, je pus le sectionner au fond de l'excavation, au ras du trou grand rond. Sa longueur était exactement de 3 centimètres et demi.

— Je note aussi qu'au cours de l'opération, je coupai une artère flexueuse volumineuse qui serpentait dans le creux sphéno-maxillaire. Le cinquième jour, il fallut enlever les fils et donner issue à un peu de suppuration au niveau de la plaie latérale. Malgré cette légère infection, la malade quitta l'hôpital au bout de dix jours et les douleurs n'ont plus jamais reparu depuis cette époque. L'opérée se plaint seulement de l'insensibilité de la moitié gauche de la lèvre supérieure et de la joue.

Obs. VI (Inédite). — *Névralgie faciale rebelle. Résection du ganglion de Meckel et du nerf sous-orbitaire. Guérison opératoire, mais insuccès thérapeutique complet.*

Le malade qui fait le sujet de cette observation est le même que

celui de l'observation IX et de l'observation XII. En d'autres termes, c'est sur lui que j'ai pratiqué successivement la résection du bord alvéolaire (voir obs. IX) et la résection intra-cranienne du ganglion de Gasser (voir obs. XII). Cet homme, âgé de quarante ans, entre le 30 juin 1897 à la salle Nélaton, à Lariboisière. L'opération de Lossen-Braun se fit sans le moindre incident. Le nerf réséqué avait 5 centimètres et demi.

Dix jours après, c'est-à-dire le 10 juillet 1897, le malade quittait l'hôpital avec une cicatrisation parfaite. Dès son réveil après l'opération, les crises douloureuses ont reparu, et n'ont été modifiées en rien, ni dans leur fréquence ni dans leur intensité. (Voir la description de ces crises à l'observation XI.) L'insuccès thérapeutique a été, là, aussi complet que possible.

Obs VII (Inédite). — *Névragie faciale rebelle et tic. Résection du ganglion de Meckel ét du nerf sous-orbitaire. Guérison.*

La nommée M..., âgée de cinquante-trois ans, caissière, m'est amenée à l'hôpital Lariboisière en août 1898 où je la vois au n° 18 de la salle Denonvilliers. Cette femme n'a aucun antécédent héréditaire nerveux. Elle n'a ni frère ni sœur. On l'a laparotomisée, il y a deux ans, à l'hôpital Saint-Louis pour un kyste de l'ovaire, nous dit-elle.

Elle a ressenti les premières atteintes de ses douleurs faciales, il y a quinze ans; au début, les douleurs étaient bien moins vives qu'actuellement ; elles siégeaient dans la moitié gauche de la face et venaient par poussées; elle souffrait ainsi pendant trois ou quatre jours. Depuis cinq ans, les douleurs sont devenues beaucoup plus intenses, et, depuis le mois de mai 1898, elles sont intolérables. Cependant, les crises diparaissaient pendant des journées entières de répit; actuellement, au contraire, les crises sont de plus en plus rapprochées, au point de devenir souvent subintrantes et de durer alors vingt-quatre heures sans discontinuer. La moindre cause suffit pour amener une attaque : un courant d'air, l'action de se moucher, l'introduction dans la bouche d'un liquide quelconque chaud ou froid, etc. Cependant la malade affirme n'avoir jamais souffert du côté des dents; elle a néanmoins depuis des années fait arracher toutes les grosses et petites molaires gauches supérieures. L'aura de la crise ne part pas toujours du même point; c'est surtout au niveau du trou sous-orbitaire que se trouve « le nid », suivant son expression. Le sourcil, les paupières et l'aile du nez sont envahis ensuite. La pression ne provoque pas de douleur au niveau des trous mentonniers et sus-orbitaire. Pendant la crise, tous les muscles de la face s'agitent convulsivement du côté gauche, des larmes s'écoulent abondamment, à gauche, et la narine gauche se remplit de liquide.

On verra plus loin (obs. XI) que je fis d'abord une résection du rebord alvéolaire gauche de la mâchoire supérieure. Mais l'insuccès fut si absolu que la malade, désespérée, menaçait de se suicider, et que j'eus la main forcée pour une intervention nouvelle. Je fis donc, le

5 septembre, avant que la cicatrisation de la plaie buccale fût complète, l'opération de Lossen-Braun-Segond.

Je n'ai à noter que la facilité avec laquelle je pus sectionner d'un coup de cisaille l'insertion malaire de l'apophyse zygomatique, sans me servir de la scie à chaîne. Une volumineuse artère serpentant dans la fosse sphéno-maxillaire fut coupée au cours des recherches. Le nerf, correctement extirpé, mesurait 4 centimètres et demi.

Au premier pansement, on trouva un peu de suppuration dans la plaie sous-orbitaire et ultérieurement la plaie latérale s'infec secondairement, La guérison opératoire est cependant complète, et, depuis l'opération, il n'y a pas eu une seule crise douloureuse.

Obs. VIII (Inédite). — *Névralgie faciale rebelle. Résection du ganglion de Meckel et du nerf maxillaire supérieur. Guérison, opération. Insuccès thérapeutique.*

Il s'agit ici d'un employé de collège, âgé de soixante-huit ans, couché en avril 1898 au n° 30 de la salle Nélaton, à Lariboisière, dans le service de mon maître Peyrot. Frédéric B... se plaignait de violentes douleurs névalgiques occupant toute la moitié gauche de la face. Je dois dire cependant que cette hémicranie n'offre pas le tableau habituel des névralgies faciales des précédentes observations. Les douleurs irradient du côté du cuir chevelu, et les crises ne surviennent pas à l'occasion d'impressions extérieures de froid, etc... Je pense un instant à des névralgies dues à une sinusite maxillaire ; mais l'éclairage électrique de la cavité buccale montre une transparence parfaite à gauche. Le 16 avril 1898, je me décide, malgré l'incertitude du diagnostic, à pratiquer l'opération de Lossen-Braun. Il n'y eut aucun incident opératoire. Le malade était gros, avec des saillies osseuses volumineuses, ce qui rendit l'opération laborieuse. Toutes les artères de la région étaient flexueuses et volumineuses. Comme toujours, la dénudation préliminaire du sous-orbitaire sur la face fut difficile. Le nerf extirpé avait 4 centimètres.

En six jours, la plaie non drainée était cicatrisée complètement, mais les douleurs hémicraniennes n'ont été modifiées en aucune façon et l'insuccès thérapeutique est aussi complet que possible. Le malade, qui m'a entendu parler de la résection du ganglion de Gasser, me poursuit pour que je lui fasse cette opération.

Voici maintenant trois opérations de résection du rebord gingival du maxillaire inférieur pour le traitement de la névralgie faciale.

Obs. IX (Inédite). — *Résection du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. Insuccès thérapeutique complet.*

Il s'agit là du malade de quarante ans dont je donne l'histoire plus loin (obs. XII), car après lui avoir pratiqué l'opération de Jarre, le

17 septembre 1896, sans aucun succès, et l'opération de Lossen-Braun (obs. VI), le 30 juin 1897, je lui ai extirpé le ganglion de Gasser ultérieurement.

J'avais espéré que la résection du rebord alvéolaire pourrait donner un résultat favorable parce que les crises douloureuses semblaient avoir leur origine dans la gencive du maxillaire inférieur (moitié gauche). La moindre pression sur la gencive à ce niveau provoquait une crise violemment douloureuse de contraction spasmodique des muscles de la face. Tous les muscles innervés par le facial, y compris l'orbiculaire des paupières, étaient le siège de ces spasmes douloureux. Après avoir placé la tête dans la position de Rose, j'incise la muqueuse gingivale sur la moitié gauche du maxillaire inférieur, qui est absolument dépourvue de dents. Avec la rugine, je décolle en avant et en arrière le périoste et j'excise alors avec la pince-gouge tout le rebord alvéolaire que je creuse ensuite à la curette, laissant à nu une gouttière osseuse à bords tranchants.

Je revois le malade le 25 avril, et les crises ont continué à se reproduire sans la moindre interruption. Cependant, pendant quelques semaines après l'opération, elles étaient peut-être un peu moins violentes. L'insuccès thérapeutique était toutefois des plus manifestes.

Obs. X. — *Résection du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur. Succès thérapeutique* (1).

Mme Émilie B... m'est envoyée par le Dr Decoster. C'est une femme de soixante-deux ans, de constitution vigoureuse, qui n'a jamais eu aucune autre maladie que la névralgie faciale rebelle dont elle souffre actuellement. Les crises douloureuses ont débuté il y a cinq ans : assez espacées tout d'abord, elles ont peu à peu augmenté d'intensité et de fréquence. Toutes les dents du côté gauche du maxillaire inférieur ont été successivement arrachées. Au moment où elle vient demander une opération, les crises ne cessent pour ainsi dire pas depuis quatre mois, et depuis huit jours elle a dû cesser toute occupation : l'insomnie est absolue, et elle ne peut ni boire ni manger; l'introduction des aliments dans la bouche est l'occasion de crises terribles. Le plus léger contact sur la lèvre inférieure, sur la joue gauche, sur l'aile du nez, l'action de parler, de mastiquer, ou de déglutir arrivent au même résultat.

Le 11 mai 1896, la malade est chloroformée et placée dans la position de Rose. Le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur est à peine saillant, et j'ai quelque peine à ruginer le périoste en avant et en arrière. J'enlève avec la pince-gouge tout le tissu osseux compact que je peux saisir, et avec une forte curette j'évide profondément le tissu spongieux, de manière à laisser une sorte de gouttière profonde limitée par deux lames compactes tranchantes.

Le 24 mai, la malade a quitté Lariboisière absolument guérie, sans

(1) Voir la thèse de Caroli. Paris, 1896, p. 58.

avoir éprouvé la moindre crise douloureuse. Actuellement, deux ans et demi après cette opération, la guérison se maintient obsolue.

OBS. XI (Inédite). — *Névralgie faciale rebelle. Résection du rebord alvéolaire (procédé de Jarre). Insuccès thérapeutique.*

Il s'agit de la malade dont l'histoire est longuement rapportée plus haut (obs. VII). Je crus pouvoir essayer de la guérir par cette résection osseuse si innocente et si simple, malgré ses affirmations réitérées « qu'elle n'avait jamais souffert des dents ». Ce qui m'engageait à intervenir ainsi, c'était la sensibilité exquise de sa muqueuse buccale et gingivale au moindre contact et à la moindre variation de température. La malade étant dans la position de Rose, je fis une excision large de tout le rebord alvéolaire gauche de la mâchoire supérieure; je pénétrai même dans le sinus maxillaire très largement avec la gouge et la curette.

L'insuccès thérapeutique fut si complet, qu'un matin je dus pratiquer d'urgence, la main forcée, l'opération de Lossen-Braun. L'interne du service redoutait que la malade ne se suicidât dans l'état d'exaltation douloureuse où la mettaient ses crises répétées.

On a vu que la guérison a été parfaite après cette dernière intervention qui est, il est vrai, encore toute récente.

J'arrive maintenant à une observation de résection du ganglion de Gasser.

OBS. XII (Inédite). — *Névralgie faciale rebelle, malgré l'opération de Jarre et la résection du ganglion de Meckel. Résection du ganglion de Gasser et du trijumeau. Guérison.*

M. B..., âgé de quarante ans, m'est amené par le Dr Bonnafy, le 14 décembre 1896, et je le fais entrer à Lariboisière, dans le service de mon maître, M. Peyrot.

Il souffre depuis « sept à huit ans » de névralgies faciales à gauche. Au début, les crises semblaient d'origine dentaire, bien que les dents fussent toutes en excellent état. Les douleurs partaient (comme un aura) de la mâchoire inférieure et provoquaient une crampe, une contracture des muscles masticateurs gauches. Le malade fit alors extraire toutes les dents saines du maxillaire inférieur jusqu'à la canine gauche exclusivement. Malgré cela, les crises continuèrent et allèrent même en augmentant d'intensité et de fréquence. Toutes les ressources de la pharmacopée furent épuisées sans plus de succès, ainsi que l'électricité appliquée méthodiquement par M. Vigouroux, à la Salpêtrière. Quand je vois le malade, il est dans un état lamentable. Les crises douloureuses se renouvellent incessamment. Depuis un an, elles arrivent à être subintrantes et le jour et la nuit. Il faut jusqu'à 15 centigrammes d'extrait thébaïque pour amener un peu de sommeil la nuit.

Toutes les crises se ressemblent. La douleur part de la gencive du

maxillaire inférieur édenté : puis, instantanément, survient une série de contractions spasmodiques des muscles de la face et des masticateurs avec des sensations de crampe. Cela durait une minute environ, pour recommencer au bout du même temps. Jamais de douleurs, ni dans le nez, ni dans l'œil. Pas de larmoiement, pas d'hyperesthésie cutanée au niveau des trous sus, sous-arbitaires et mentonniers.

Le malade, qui porte les moustaches, a usé littéralement jusqu'à la racine les poils de la moitié gauche de la lèvre supérieure, en les frottant avec son mouchoir pendant les crises.

Il est dans un état d'exaspération et de surexcitation telles, qu'il est décidé à toutes les interventions les plus graves pour tenter d'obtenir la guérison, ou seulement un soulagement.

Je me décide, en raison de l'origine constante des douleurs dans le maxillaire inférieur, à pratiquer la résection du rebord alvéolaire à la manière de Jarre (voir obs. IX).

Après l'opération, il y eut pendant trois mois un soulagement notable : mais jamais les crises ne cessèrent complètement ; elles étaient seulement atténuées, et peu à peu elles revinrent comme par le passé.

Le 30 juin 1897, je fais rentrer le malade à Lariboisière, et je pratique la résection du ganglion de Meckel et du nerf sous-orbitaire (voir obs. VI).

A la suite de cette opération, les crises continuèrent sans la moindre interruption avec cette particularité, bien entendu, que la région sous-orbitaire restait insensible; l'intensité des douleurs dans la zone du maxillaire inférieur ne subit pas la moindre modification.

Aussi le 24 août 1897, sur les instances réitérées du malade, je pratique la résection du ganglion de Gasser, en prévenant le malade que cette opération peut l'exposer à perdre un œil, et que, dans tous les cas, il aura ensuite de l'insensibilité de la joue et de la lèvre et une rétraction des muscles masticateurs. Le malheureux, prêt au suicide, aurait accepté les conditions les plus rigoureuses et passa outre.

J'étais aidé dans cette opération par mon collègue et ami Rochard.

Depuis le moment précis de l'opération, il n'y a plus eu trace de douleurs.

Actuellement, octobre 1898, la symétrie de la face est parfaite et la difformité insignifiante. Au-dessus de l'arcade zygomatique, on voit une excavation due à une atrophie très marquée du muscle temporal. La sensibilité tactile est atténuée, mais non complètement abolie dans toute la zone innervée par le trijumeau. Pas trace de sensibilité à la température dans toute cette zone. Enfin, abolition complète de l'odorat et du goût à gauche. L'œil se ferme très complètement : il n'y a pas de modification pupillaire, mais quand il y a du vent, il survient un peu de rougeur et de larmoiement. On peut introduire le pouce entre les arcades dentaires; mais pendant les premiers mois, le malade pouvait à peine ouvrir la bouche. Petit à petit, les dents arrivent à s'écarter suffisamment pour ne gêner en rien l'alimentation et la mastication.

J'ai présenté, à une des dernières séances de la Société, mon opéré, et tous les membres présents ont pu constater le résultat obtenu.

Technique opératoire. — Pendant quarante-huit heures, je fis des instillations d'atropine à la surface de la conjonctive de l'œil gauche, et au moment de l'opération la pupille était à un maximum de dilatation.

Le malade étant chloroformé, je fais sur la peau une incision en oméga partant de la tubérosité malaire pour traverser la région temporale et arriver par le sillon préauriculaire jusqu'au tragus. Après avoir sectionné l'aponévrose temporale le long du bord supérieur de l'arcade zygomatique, je sectionne le zygoma en avant avec la petite scie à main et en arrière d'un coup de pince coupante. L'arc osseux récliné en bas, je détache d'un coup de pince le sommet de l'apophyse coronoïde et je relève en haut le muscle temporal. Quelques coups de rugine suffisent alors pour dénuder le plan sphéno-temporal et reconnaître sur le prolongement et à 2 centimètres environ de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, l'orifice du nerf maxillaire inférieur, le trou ovale. Avec le ciseau et le marteau, je pratique alors dans la fosse temporale un orifice de 3 centimètres de diamètre environ et avec la pince-gouge je trace une fosse large de 1 centimètre jusqu'au trou ovale qu'on voit très clairement par l'intérieur du crâne en soulevant le lobe cérébral temporo-sphénoïdal.

Jusque-là, rien n'est plus aisé que cette opération : je n'ai pas eu à proprement parler d'hémorrhagie : je n'ai eu à pincer ni l'artère temporale, ni la méningée moyenne. Mais les difficultés commencent quand il s'agit de détacher le ganglion de Gasser de ses adhérences à la dure-mère et de voir le nerf trijumeau en amont de ce ganglion.

Je place un crochet sur le nerf au niveau du trou ovale et je le sectionne aisément. Comme le nerf maxillaire supérieur a été sectionné à ma précédente opération, je n'ai pas ici à m'en occuper. J'arrive alors à saisir le nerf trijumeau au-dessus du ganglion de Gasser avec une pince de Kocher et je tords sans exercer de traction. A ce moment, la plaie est inondée de liquide rosé que je prends d'abord pour du sang, mais qui n'est que du liquide céphalo-rachidien. Je tamponne fortement et je vois que j'ai extrait le ganglion de Gasser avec ses trois branches émergentes; la branche ophtalmique est à peine longue de 2 à 3 millimètres et ce n'est là que son origine sur une très petite étendue. En amont, on voit très nettement, sur une longueur de 23 millimètres, le cordon qui va à la protubérance.

Avant de suturer, je crois devoir laisser uu petit drain qui va affleurer la dure-mère très profondément.

Suture à la soie des trousseaux fibreux qui entourent le sommet de l'apophyse coronoïde. Suture à la soie du périoste du zygoma au niveau de l'os molaire et en arrière. Je note que je n'ai pas eu à placer une seule ligature sur des vaisseaux.

Le lendemain de l'opération, le malade n'a pas cessé de vomir; j'enlève le pansement et je retire le drain. Je fais alors un pansement beaucoup plus léger en ayant soin de laisser l'œil gauche accessible

pour qu'on puisse faire plusieurs fois par jour des lavages boriqués de la conjonctive et continuer les instillations d'atropine. Les vomissements ont absolument cessé quand le drain a été enlevé et le malade a quitté Lariboisière le 4 septembre, c'est-à-dire onze jours après l'opération. Les douleurs n'ont reparu sous aucune forme depuis cette époque (voir plus haut les suites trophiques).

Pour plus de clarté, je classerai en trois groupes les remarques que je désire faire à l'occasion de ces observations. Dans le premier, je parlerai de la technique opératoire; dans le second, des résultats éloignés de mes interventions; et enfin dans le troisième, des conclusions qu'on peut formuler sur le traitement de la névralgie rebelle du trijumeau.

I. — *Technique opératoire.*

A. — *Résection du bord alvéolaire de la mâchoire.* Cette opération est d'une simplicité et d'une innocuité parfaites. Je n'ai observé aucun incident particulier à noter au point de vue de la technique, sinon que j'ai simplifié considérablement l'opération décrite par Jarre, en 1895. Je ne me sers ni de « scie circulaire mue par le tour à pédale », ni « d'une forte fraise actionnée par le tour à pédale, que l'on promène sur toute la surface osseuse opérée ». Ce sont là des instruments de dentiste qui me paraissent tout à fait inutiles. D'ailleurs, chez ces malades, on trouve souvent une véritable atrophie du rebord alvéolaire de la mâchoire, et j'aurais été fort gêné dans un cas pour agir avec une scie circulaire sur une saillie osseuse à peine prononcée. Dans ces névralgies rebelles des édentés, je conseille de se borner à réséquer avec la pince-gouge tout ce qu'on peut saisir de tissu osseux entre les lambeaux périostéo-muqueux préalablement détachés du maxillaire. Il reste alors une gouttière osseuse qu'on évide encore avec la gouge de Legouest ou même avec une curette courte et forte. Il reste un fossé profond creusé dans le maxillaire et les lambeaux de parties molles se réappliquent d'eux-mêmes par-dessus. Comme on le voit, je ne critique pas la technique réglée par M. Jarre; mais je pense qu'il y a avantage à la simplifier en ne se servant que d'instruments qui sont dans les mains de tous les chirurgiens.

B. — *Résection du nerf maxillaire supérieur.* Après avoir beaucoup lu ce qu'on a écrit sur le meilleur mode d'aborder le trou grand rond, je me suis rallié à l'opération de Lossen-Braun, dont Segond a si nettement réglé tous les temps. C'est donc la voie latérale que j'ai suivie dans tous les cas que j'ai eus à traiter, et je suis décidé à continuer à l'avenir.

Je renvoie au mémoire de Segond pour les détails de la technique, mais je veux insister sur quelques incidents qui peuvent se présenter.

D'abord, on se rappellera qu'un des temps les plus délicats de l'opération, c'est la dénudation et la fixation, par un fil, du nerf sous-orbitaire à sa sortie du trou sous-orbitaire. Les deux seuls incidents désagréables que j'aie observés dans mes huit opérations tenaient à des particularités sur lesquelles j'appelle l'attention dans l'exécution de ce premier temps de l'opération.

Une fois (voir obs. V), chez une malade âgée, le nerf était mou et friable : le pinceau sous-orbitaire se déchira sous la plus légère traction; je plaçai mon fil plus près du trou sous-orbitaire, mais le nerf se rompit encore au ras du trou osseux. En pareil cas, on se trouvera bien d'imiter la conduite que j'ai tenue et qui m'a permis de réséquer, malgré cela, la totalité du tronc nerveux. Au lieu de couper le nerf maxillaire supérieur, au ras du trou grand rond, dans la fosse sphéno-maxillaire, dès qu'on l'a chargé sur un crochet, on exerce lentement avec ce crochet une traction suffisante pour amener la portion orbitaire du nerf dans la fosse sphéno-maxillaire. Saisissant alors le tronc nerveux par son extrémité ainsi amenée au dehors, d'avant en arrière, on va le couper au trou grand rond avec de fins ciseaux. En d'autres termes, au lieu de faire la section du nerf *avant* de l'extraire du canal sous orbitraire au niveau de la fosse canine, on l'attire d'avant en arrière dans la fosse sphéno-maxillaire et on ne le coupe qu'*après* ce temps préliminaire.

Il y a aussi à insister sur la nécessité de dénuder avec soin le pinceau sous-orbitaire et de ne saisir dans le fil qui l'étreint aucune fibre musculaire. Dans mon observation III, l'opération fut rendue très laborieuse par suite de cette faute de technique. Le tronc du nerf était bien coupé au niveau du trou grand rond, mais lorsque je tirais sur le nerf sous-orbitaire, mes efforts de traction se perdaient sur les fibres tendineuses insérées au pourtour de l'orbite. Ce n'est que lorsqu'une dénudation plus minutieuse eut libéré complètement le tronc nerveux que je pus extraire le nerf en totalité.

Ces deux réserves faites, je dirai que cette opération est très réglée et très sûre. Les cicatrices qu'elle laisse à sa suite sont tout à fait négligeables et je ne vois aucune raison de lui substituer les procédés qui permettent d'aborder le nerf d'avant en arrière, soit qu'on passe par la cavité du sinus maxillaire comme Carnochan, Chavasse, Trèves, Daniel Mollière, etc., soit qu'on passe par la cavité orbitaire en soulevant le globe oculaire, comme Le Dentu, Doyen, etc.

Je suis à cet égard absolument de l'avis de Segond et je pense qu'en voulant « respecter l'esthétique » des malades, on s'expose à respecter surtout le ganglion de Meckel qu'on se proposait d'enlever. Dans tous ces procédés antérieurs, on termine par un arrachement avec torsion du nerf, mais on ne vide pas la loge sphéno-maxillaire. Par la voie latérale, au contraire, on est assuré de détruire le ganglion de Meckel et tous les filets dentaires postérieurs, ce qui a peut-être une importance capitale au point de vue des résultats thérapeutiques. Quant aux résultats opératoires, ils sont d'une sûreté et d'une bénignité parfaites avec l'opération de Segond. Je n'ai jamais drainé la plaie et je ne note comme suite opératoire qu'une légère suppuration deux fois sur huit cas. Cette suppuration est assez difficile à éviter surtout pour la petite plaie sous-orbitaire qui se trouve très rapprochée du nez. Le chloroformisateur doit avoir les mains propres et se servir d'une compresse stérilisée pour donner l'anesthésique. C'est pour n'avoir pas pris cette précaution que j'ai eu deux fois de l'infection de cette petite plaie et, comme l'extrémité externe de cette plaie est très voisine de l'extrémité interne de la plaie latérale, l'infection se communique aisément de l'une à l'autre. Dans mon observation V, un des fils s'infecta, ce qui retarda de huit à dix jours la guérison opératoire. Une autre fois (obs. IV), il y eut un hématome de la joue qui mit quelque temps à se résorber, mais ne suppura point. Ce sont là en somme des complications insignifiantes. Et je note pourtant que mes malades n'étaient pas tout jeunes. L'un avait soixante ans, un autre soixante-deux ans, un autre soixante-huit, un autre enfin soixante-quinze ans.

Je crois donc pouvoir conclure que la voie latérale est la voie de choix pour la résection du ganglion de Meckel et du nerf maxillaire supérieur. L'opération est absolument innocente, sinon aisée, et comme elle est plus complète que toutes les autres, puisqu'elle permet de vider complètement la fosse sphéno-maxillaire, elle ne saurait être que plus efficace.

C. — *Résection intra-cranienne du ganglion de Gasser.* Pour faire cette opération, j'ai suivi minutieusement la technique qui a été réglée par notre collègue Poirier et je tiens à dire qu'en observant pas à pas les préceptes qu'il a si clairement énoncés ici même en 1896, on arrive très correctement sur le ganglion de Gasser. Après ce que j'ai vu sur le vivant, je considère que la recherche du trou ovale par la voie intra-cranienne, telle que M. Quénu l'a recommandée est une manœuvre des plus utiles et que la succession des différents temps indiquée par M. Poirier est absolument logique et sûre. Il y a pourtant un point capital, selon moi, sur

lequel M. Poirier a eu tort de ne pas insister : c'est sur les soins pré et post-opératoires. J'ai suivi, à cet égard, la pratique de Krause et j'ai pendant quarante-huit heures atropinisé l'œil du côté malade. J'ai opéré, alors que l'iris était immobilisé au maximum de la dilatation pupillaire. De plus, pendant les jours qui ont suivi l'intervention, j'ai laissé l'œil à découvert de façon à permettre d'instiller chaque jour de l'atropine et de faire de très fréquents lavages avec de l'eau boriquée. C'est peut-être à ces précautions que je dois de n'avoir pas observé le plus léger trouble trophique du côté du globe oculaire.

Quant à l'opération en elle-même, je peux dire qu'elle n'est pas aussi impraticable que l'a dit Chaput : « Je crois, dit notre collègue, que l'ablation du ganglion de Gasser est à peu près impossible » (*Soc. de Chir.*, 1896, p. 582), et il demande qu'on lui présente un ganglion de Gasser bien complet. J'ai apporté ici celui que j'ai enlevé et s'il ne présente que 2 à 3 millimètres de la branche ophtalmique que je n'ai nullement cherché à disséquer, il tient en arrière à une mèche de fibres protubérantielles très appréciables. On ne saurait mettre en doute qu'il est au complet, et l'examen histologique pratiqué par M. Chaillou le démontre péremptoirement.

M. Chaput n'a d'ailleurs opéré qu'à l'amphithéâtre, et j'avoue qu'après avoir, comme lui, répété l'opération sur le cadavre, j'étais bien près d'être de son avis et je ne pris le bistouri que sur les instances répétées du patient et sans le moindre enthousiasme. Je dois dire qu'à mon grand étonnement, l'opération m'a paru plus facile sur le vivant que sur le cadavre : cela peut sembler paradoxal, mais il est pourtant certain que la dénudation du ganglion se fait mieux sur des tissus vivants. Les adhérences de l'organe avec la dure-mère cèdent moins facilement sur le cadavre. J'ai eu pourtant une déchirure de la dure-mère en tordant le trijumeau après l'avoir saisi en amont du ganglion : l'issue du liquide céphalo-rachidien à ce moment de l'opération, c'est-à-dire quand tout est terminé, n'a d'ailleurs aucun inconvénient. Je répète qu'en somme, après les difficultés que j'avais eues à mener à bien cette résection à l'amphithéâtre, j'ai eu la surprise agréable de constater que l'opération était plus facile sur le vivant. Il est vrai qu'à aucun moment je n'ai été gêné par une hémorrhagie d'importance et je n'ai pas eu une seule ligature artérielle à faire.

J'ajoute que je n'ai usé d'aucune instrumentation spéciale. L'écarteur malléable est cependant très utile pour soulever l'encéphale. Mais ce qui est indispensable, c'est d'avoir des crochets mousses solidement emmanchés. Pour la brèche cranienne, le

ciseau et le marteau sont les instruments de choix, à l'exclusion des couronnes de trépan.

Reste la question du drainage. Dans le cas particulier, le drain que j'ai laissé vingt-quatre heures n'a entravé en rien la guérison. Je crois que si le liquide céphalo-rachidien inonde la plaie, il sera bon de drainer ainsi pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Je recommanderai alors de ne pas pousser l'extrémité centrale du drain jusqu'à la dure-mère. Mon opéré avait des vomissements incoercibles, probablement dus à la présence du drain : ces vomissements ont en effet cessé dès que le tube a été enlevé.

II. — *Résultats éloignés.*

En analysant toutes les observations de ma pratique, je trouve que sur trois résections du bord alvéolaire de la mâchoire, j'ai eu deux insuccès thérapeutiques complets et un succès thérapeutique qui se maintient absolu depuis deux ans et demi (depuis le 11 mai 1896). J'ai fait huit fois la résection du ganglion de Meckel et du nerf maxillaire supérieur, mais je ne parle que de sept des observations citées plus haut, parce que la huitième est trop récente. Le succès opératoire a été constant, et on peut insister même sur la rapidité de cette guérison et sur le peu de traces que laisse l'opération. Les malades ne se plaignent que de l'insensibilité de la lèvre supérieure qui, pour beaucoup d'entre eux, est une véritable gêne. Mais le point de vue le plus intéressant est le résultat thérapeutique. Sur mes huit opérés, je ne note que deux insuccès : mais ils sont complets, puisque j'ai dû ultérieurement faire l'ablation intra-cranienne du ganglion de Gasser chez un malade, et puisque l'autre souffre actuellement plus que jamais et réclame une nouvelle intervention. Pour les six autres : celui qui fait le sujet de l'observation VI reste guéri depuis plus d'un an, et deux autres sont indemnes depuis trois ans, une autre (obs. II) est resté absolument guéri pendant plus de quatre ans et a succombé cet hiver à une broncho-pneumonie ; enfin, un cinquième n'a pas eu la moindre crise douloureuse depuis six ans. Quant à mon unique opéré de résection du ganglion de Gasser, je l'ai récemment présenté ici et tous les membres présents ont pu voir qu'il est en parfait état.

Je ne me fais aucune illusion sur la durée de ces guérisons. Il suffit de lire les mémoires de Segond, de Gérard Marchant et Herbet, etc..., pour être fixé à cet égard. Mais sans parler de la résection du ganglion de Gasser, je dis qu'il n'est pas indifférent de savoir qu'on peut, par une opération toujours innocente obtenir

des résultats thérapeutiques aussi fréquents et dont la durée peut atteindre six ans et plus.

III. — *Traitement de la névralgie rebelle du trijumeau.*

Il est bien entendu que je ne parle ici que de ces névralgies trifaciales qui ont résisté à tous les traitements médicaux usités. On pense bien d'ailleurs, que les malades ne s'adressent au chirurgien que lorsque le médecin a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique : et là, comme pour toutes les maladies contre lesquelles la pharmacie reste impuissante, les médicaments recommandés sont très nombreux. Il suffit d'ailleurs de parcourir mes observations pour voir que l'affection pour laquelle j'intervenais était toujours de date ancienne; elle durait depuis vingt-cinq ans (obs. IV), depuis vingt ans (obs. I), depuis dix ans (obs. II), depuis cinq ans (obs. V et VIII), depuis dix-huit mois (obs. III), etc..,

Au point de vue chirurgical, j'ai cru longtemps qu'en étudiant soigneusement le malade, on pourrait déterminer le siège primitif des douleurs, et s'adresser avec fruit au nerf dont les filets terminaux semblaient avoir été les premiers atteints. Chez nombre de malades, les crises débutent par une sorte d'aura qui, part toujours de la même région : tantôt de la gencive, tantôt de l'aile du nez, etc... Je croyais, que lorsque la gencive était nettement le point de départ de cet aura, l'opération de Jarre suffirait toujours à faire cesser les douleurs. Mes observations IX et XI montrent bien qu'il n'en est rien. Et contrairement à mon opinion première, je crois maintenant que, dans cet ordre d'idées, rien ne saurait donner une indication précise. C'est ce qui explique l'insuccès si fréquent des résections du rebord alvéolaire, des nerfs sus-orbitaires et sous-orbitaires, etc..., dans leur portion superficielle.

Est-ce à dire qu'il faut *toujours* et *d'emblée* recourir à la résection intra-cranienne du ganglion de Gasser, comme Krause et d'autres le recommandent? C'est là une pratique contre laquelle je m'élève de toutes mes forces. Je suis bien convaincu que cette opération est plus efficace que toutes les autres : j'ai montré plus haut qu'elle est moins laborieuse que quelques-uns ne l'avaient pensé; mais je reste convaincu qu'elle garde une gravité beaucoup plus grande que toutes les résections extra-craniennes. Je renvoie pour la preuve aux tableaux du remarquable mémoire de Gérard Marchant et Herbet. Les désastres opératoires et post-opératoires abondent : hémorrhagies incoercibles, fonte de l'œil, etc., et cela n'a rien d'étonnant, quand on songe qu'on opère à une grande profondeur entre la carotide et le sinus caverneux. J'ai

indiqué plus haut quelques précautions, qui peuvent diminuer dans une certaine mesure la fréquence de ces accidents.

Je dirai cependant qu'il ne faut recourir à cette opération intra-cranienne qu'après avoir essayé d'obtenir la guérison par des opérations toujours innocentes, telles que l'opération de Jarre, la résection des nerfs superficiels, et la résection du ganglion de Meckel par la voie latérale. Je fais observer que la plus simple de ces interventions, la résection du rebord alvéolaire, peut amener une guérison prolongée, même quand les douleurs siégeaient dans le territoire des trois branches du trijumeau. De même, on peut voir dans mes observations que l'opération par la voie latérale avec curage du creux sphéno-maxillaire peut faire disparaître avec les crises douloureuses, des irradiations éloignées, étendues jusqu'aux nerfs sciatiques. Mon observation II est typique à cet égard.

En somme, je gradue les interventions en allant de la plus simple à la plus complexe, et je ne me résous à pratiquer la résection du ganglion de Gasser que lorsque la résection du rebord alvéolaire et l'opération de Lossen-Braun-Segond sont restées absolument sans effet thérapeutique, et encore ne suis-je pas bien convaincu que l'opération intra-cranienne mette le malade à l'abri de toute récidive.

Si un des malades que j'ai antérieurement opérés de résection osseuse ou nerveuse périphérique, vient me retrouver avec des douleurs, je suis très disposé à lui proposer d'en arriver à la résection intra-cranienne du trijumeau; mais en aucun cas, je ne proposerai cette opération à un malade, avant d'avoir tenté la guérison par une des opérations bénignes dont je parle et qui peuvent avoir un résultat thérapeutique très prolongé, malgré les irradiations des douleurs à toutes les branches du trijumeau et même au delà de la zone innervée par ce nerf.

IV. — Comme conclusion, je dirai donc :

1° On ne doit pas conclure de l'irradiation des douleurs à toute la zone innervée par le trijumeau, que les opérations extra-craniennes, portant sur une seule de ses branches, seront inefficaces.

2° On ne peut pas conclure de ce que les douleurs au début de l'affection ou au début des crises, se sont manifestées dans le territoire innervé par une des branches du trijumeau, on ne peut pas conclure que la résection de cette branche seule amènera la guérison.

3° Il est donc logique de commencer le traitement chirurgical par des opérations parfois inefficaces, mais toujours bénignes, et

de ne pas proposer d'emblée l'extirpation du ganglion de Gasser, opération toujours grave, quoi qu'on en ait dit.

4° L'extirpation intra-cranienne du ganglion de Gasser est en somme une opération d'exception très réalisable et dont l'exécution ne présente pas les difficultés qu'on supposerait *a priori*.

Présentation de pièces.

Appendicite, hématocèle suppurée concomitante, calcul appendiculaire dans la trompe. Résection de l'appendice et de la trompe : évacuation et drainage de l'abcès. Guérison,

par M. A. ROUTIER.

Divers auteurs se sont déjà préoccupés de la coïncidence des lésions de l'appendice et de la trompe : pour ma part, j'en ai fréquemment rencontré dans les nombreux cas d'appendicite ou de salpingite que j'ai opérés. Tantôt, le diagnostic en avait été fait d'avance et je savais que les deux organes étaient malades; tantôt, les symptômes d'appendicite ou de salpingite dominaient à tel point la scène que l'une des deux maladies était ignorée, leur coïncidence n'étant mise au jour qu'au cours de la laparotomie.

Ces cas sont fréquents ; je n'ai pas cru devoir les publier, parce qu'ils ne me paraissaient ni extraordinaires ni instructifs ; et je dirai que, pour ma part, quand je fais une laparotomie, il est rare que je ne me rende pas compte *de visu* et *de tactu* de l'état de l'appendice, que je n'hésite pas à enlever dans les cas même douteux, estimant que je n'aggrave pas par là l'opération subie par le patient, et qu'au contraire, je le fais bénéficier doublement de mon intervention, sans lui faire courir plus de risques par l'ablation d'un organe destiné à provoquer des accidents.

Le cas que je veux vous rapporter rentre dans la catégorie de ceux où le diagnostic était fait avant la laparotomie, et où je savais qu'il faudrait enlever et la trompe et l'appendice.

Il y a eu en outre un fait d'anatomie pathologique que je crois nouveau, que je n'ai du moins pas vu indiqué dans les auteurs jusqu'ici, c'est ce qui me paraît justifier ma présentation.

Voici le fait clinique :

Mme X..., âgée de trente ans, ayant eu deux enfants, une fausse couche, soignée autrefois pour une métrite, était bien portante, quand le 28 mai, elle fut prise de douleurs violentes dans le ventre, avec maximum dans

la fosse iliaque droite; cette crise violente fut de courte durée; le lendemain, tout paraissait fini, mais, le surlendemain, la crise reprenait de plus belle; on crut à de l'appendicite et je fus mandé auprès de la malade le 1er juin.

L'état général n'était pas mauvais, malgré une nuit passée en chemin de fer, dans les meilleures conditions, il est vrai. Cependant, le pouls était à 120 et la température à 37 degrés. Le ventre était souple, le ballonnement de la veille avait disparu; il restait cependant plus de sensibilité à droite qu'à gauche.

Comme cette crise avait coïncidé avec les règles, je pratiquai le toucher, qui me révéla tous les signes de l'hématocèle rétro-utérine: utérus immobile, poussé derrière le pubis par une grosse masse douloureuse et demi molle; par le col utérin sortait du liquide couleur chocolat.

Si les symptômes des jours précédents, bien observés du reste par le Dr Tissier, lui avaient permis de porter le diagnostic de poussée appendiculaire, que j'acceptais, du reste, ceux du jour présent, joints aux signes physiques, me permirent d'y ajouter le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine.

Les symptômes n'étaient pas alarmants : il n'y avait pas d'occlusion intestinale, nous avions des gaz et des garde-robes. Malgré deux ou trois élévations de température qui ne dépassèrent pas du reste 38°,6, je crus pouvoir temporiser.

Quelques jours après, l'état général se maintenait toujours bon, la douleur persistait à la pression sur la fosse iliaque droite, les signes donnés par le toucher avaient changé, la tumeur rétro-utérine semblait dissociée et formée par deux tuméfactions annexielles, dont la droite était plus grosse et plus douloureuse que la gauche.

Encore quelques jours, la tuméfaction gauche avait disparu et il ne persistait que la tuméfaction droite, avec toujours l'immobilité de l'utérus. Vers la fin de juin, la malade eut ses règles; nous en restions toujours à la salpingite droite et à l'appendicite, car le point de MacBurnay était toujours resté sensible.

C'est en face de cet état que je proposai l'opération, cinq semaines s'étaient écoulées depuis le début des accidents.

Le 2 *juillet*, j'ai pratiqué cette opération, je fis une incision médiane et sous-ombilicale; il y avait un peu de pelvi-péritonite, quelques adhérences rougeâtres et comme ecchymotiques derrière l'utérus, retenu penché à droite par ses annexes, qui étaient rouges, hémorrhagiques et adhérentes dans le petit bassin, en même temps qu'un appendice épiploïque de l'S iliaque et le cæcum fermaient le tout par en haut. La décortication de la trompe fut pénible : j'ouvris un abcès qu'elle cachait par l'adhérence de son pavillon, je la liai et la réséquai.

Je nettoyai l'abcès et détachai l'appendice qui en faisait partie et qui était collé à la face postérieure du petit bassin; je réséquai le fragment épiploïque et l'appendice iléo-cæcal qui était perforé. Je drainai par le vagin en ouvrant le cul-de-sac.

Les suites furent simples et la malade est aujourd'hui guérie.

L'anatomie pathologique de ces pièces m'a paru curieuse : j'ai trouvé l'appendice iléo-cæcal coudé et perforé avec une cicatrice récente faisant partie d'un abcès, dont une des parois était formée par le pavillon de la trompe ; *dans celle-ci existait à peu près à la moitié de sa longueur*, un calcul manifestement appendiculaire et par sa forme et par sa nature, calcul qui devait y séjourner depuis un certain temps, car il s'était comme creusé un nid dans la muqueuse tubaire.

Je ne saurais expliquer autrement cette succession d'accidents que de la manière suivante :

Crise d'appendicite, péritonite adhésive et limitée à laquelle prend part la trompe pendant la période des règles.

Abcès, perforation de l'appendice, sortie du calcul qui est happé par la trompe; hémorrhagie rétro-utérine et pelvi-péritonite supurée.

La malade est actuellement parfaitement guérie.

M. Beurnier présente les pièces d'une *gastrostomie par le procédé de Marwedel*, faite pour un rétrécissement de l'œsophage.

Ce travail est renvoyé à une commission; M. Ricard, rapporteur

---

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.





SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. LE DENTU, président du Congrès de chirurgie, demandant que la Société de chirurgie veuille bien désigner un de ses membres pour la représenter à ce Congrès ;

3° Une lettre de M. A. BROCA, qui regrette de ne pouvoir assister à la séance, étant retenu au Congrès de Marseille.

M. BERGER annonce :

1° Que la prochaine séance n'aura lieu que dans quinze jours, à cause du Congrès de chirurgie ;

2° Que MM. BROUSSIN et LINON, membres correspondants, assistent à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Intervention dans les névralgies faciales.

M. POIRIER. — Je remercie mon collègue et ami Guinard, des paroles aimables qu'il a accordées au procédé que j'ai réglé pour l'enlèvement du ganglion de Gasser et l'arrachement protubé-

rantiel du trijumeau. L'opération est faisable, sans grandes difficultés; elle est grave. J'ai eu, cette année même, dans mon service d'Ivry, un décès immédiat, un quart d'heure après l'opération, par shock opératoire (?) Il s'agissait d'un homme de soixante-trois ans, souffrant, depuis vingt ans, d'une névralgie du trijumeau avec tic douloureux : il avait tout essayé, bien entendu ; la vie lui était devenue absolument insupportable. Je refusai d'abord d'opérer ce malade que je jugeais trop affaibli. Plus tard, je cédai devant ses menaces de suicide, et j'eus tort. L'opération se passa normalement : l'hémorrhagie veineuse, notable comme toujours, ne dépassa pas les limites ordinaires ; une très fine éraillure de la dure-mère donna passage à un peu de liquide céphalo-rachidien, ce qui n'a rien d'extraordinaire, puisque cet écoulement se produit toujours après l'enlèvement du ganglion et l'arrachement du nerf. Le shock opératoire fut trop violent pour cet homme affaibli ; c'est tout ce que je puis dire ; le chloroforme avait été bien supporté, et ne peut être mis en cause. J'ajoute que le ganglion, examiné par M. Gombault, ne présentait aucune altération.

M. Potherat. — Je désire, à propos de l'intéressante communication de notre collègue Guinard, faire quelques courtes réflexions sur le traitement de la névralgie rebelle du maxillaire supérieur, par les trois méthodes qu'il nous a exposées : résection du rebord alvéolo-dentaire, résection du ganglion de Gasser, résection du nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou grand rond, avant l'émergence des afférents du ganglion de Meckel.

Je serai très bref sur la résection du bord alvéolo-dentaire; je n'ai jamais pratiqué l'opération de Jarre ; mais j'ai eu l'occasion de voir, dans mon cabinet, un malade qui, trois mois auparavant, avait subi cette opération. L'opération, très complète d'ailleurs, m'a paru fort simple, car le malade l'avait subie, assis dans un fauteuil, anesthésié seulement par la cocaïne, et il n'avait pour ainsi dire pas interrompu ses occupations. Je dois dire qu'au point de vue thérapeutique le résultat, dans ce cas, fut négatif : car lorsque le malade vint me voir ses douleurs avaient reparu. Je lui proposai l'opération de Lossen-Braun-Segond. Je ne l'ai pas revu.

Je me garderais bien, en raison de ce fait unique, de condamner la méthode de Jarre; elle est si simple, qu'à l'occasion j'y aurais tout d'abord recours, surtout si l'état dentaire m'incitait à penser qu'il est le point de départ de la névralgie.

Je n'insisterai pas non plus sur la résection du ganglion de Gasser, dont je n'ai pas une expérience suffisante. Elle est assez difficile à pratiquer, tous les auteurs s'accordent et M. Guinard

avec eux, à la considérer comme grave. Est-ce à dire qu'il faille l'abandonner? Je ne le crois pas; mais il ne faut y avoir recours qu'en toute dernière analyse, après l'échec des opérations de Jarre et de Lossen-Braun-Segond, et en présence de douleurs telles, que les malades, malgré toutes les philosophies, ne voient de salut que dans la mort, qu'ils appellent de leurs vœux, et dont bien souvent ils avancent l'échéance.

L'opération de Lossen-Braun-Segond m'est plus familière. J'ai assisté mon maître, M. Segond, dans trois de ses interventions; j'ai aidé notre collègué Picqué, dans un cas, déjà lointain, à Lariboisière; j'ai enfin opéré deux malades pour mon compte personnel : c'étaient deux femmes. J'ajouterai, qu'à la demande de M. Segond j'ai fait et montré à la Société anatomique, il y a dix ans environ, un grand nombre de pièces sèches ayant pour but d'étudier très exactement les rapports du nerf à sa sortie de la base du crâne.

C'est dans ces recherches, que j'ai constaté et montré les nombreuses ramifications artérielles et veineuses qui se trouvent au fond de la fente ptérygo-maxillaire, ramifications qui feraient croire *à priori* qu'on ne peut opérer dans cette région sans s'exposer à une hémorrhagie formidable; or, des faits aujourd'hui nombreux, démontrent péremptoirement qu'il n'en est rien, et cela sans hémostase préalable.

J'ai aussi, dans mes recherches anatomiques, constaté qu'entre la face externe de la grande aile du sphénoïde et la face inférieure de cet os, il existait un *tubercule* d'insertion d'un fort trousseau de fibres du muscle ptérygoïdien externe. Ce tubercule domine, en promontoire, la région opératoire : s'il est petit ou de médiocre volume, il gêne peu ou point; c'est le cas de la femme. S'il est très développé, ce qui est le cas de l'homme et surtout de l'homme dont l'appareil masticateur est très développé, alors il gêne énormément, et on simplifie beaucoup le manuel opératoire en le faisant sauter à la pince coupante.

A propos du manuel opératoire je ferai remarquer encore, qu'il y a avantage à d'abord mettre à nu le pinceau du nerf sous-orbitaire; il faut pour cela chercher non pas le nerf, mais le *trou* sous-orbitaire; ce trou bien en évidence, rien n'est plus facile que de *voir* et *isoler* le nerf. Je dis qu'il y a avantage à commencer par là, parce qu'en somme, c'est un peu à l'aveuglette qu'on accroche le tronc du nerf maxillaire au sommet de la fente ptérygo-maxillaire et qu'on est certain, par la traction qui s'exerce jusqu'au trou sous-orbitaire, qu'on tient bien le tronc nerveux. A ce propos, je ferai aussi, et après mon maître M. Segond, remarquer que le crochet doit se diriger de dehors en dedans et d'*avant en arrière.*

Cette dernière direction est importante pour n'aller pas déchirer, triturer le tissu cellulo-adipeux de l'orbite.

Je ne vois pas l'avantage qu'il y a à sectionner l'insertion osseuse zygomatico-malaire à la pince coupante ; sans doute avec un bon poignet et une bonne pince, cette section se fait bien et rapidement : toutefois, la scie à chaîne me paraît avoir cet avantage de permettre une section très loin en avant sur le malaire, et plus la section est antérieure, plus est grand le champ d'ailleurs très restreint dans lequel on évolue.

En outre, la section à la scie se fait très en biseau, et par conséquent prépare deux surfaces larges qui feront une solide assise à la réunion finale des parties osseuses séparées.

Si je suis en léger désaccord avec mon ami Guinard, sur ce point de détail, je suis en complet accord pour répéter avec lui ce que M. Segond avait déjà lumineusement démontré : c'est que cette opération, qui nécessite la section des parties molles de la région temporale, la section de l'arcade zygomatico-molaire, en avant sur le malaire, sa fracture en arrière vers le temporal, puis le décollement du muscle crotaphyte, le réclinement du ptérygoïdien externe, avec ou sans résection de son tubercule d'insertion au sphénoïde, la mise à nu du nerf sous-orbitaire, etc..., cette opération, dis-je, est suivie d'une guérison rapide, en huit ou dix jours, et ne laisse après elle aucune déformation de la face ; enfin, elle est, en elle-même, d'une complète inocuité.

Si l'on n'envisage donc que ce côté de la question, l'opération de Lossen-Braun-Segond mérite d'être conseillée, dans tous les cas de névralgie rebelle du maxillaire supérieur. Malheureusement, au point de vue thérapeutique elle n'échappe pas aux reproches que l'on peut adresser à la résection du rebord alvéolaire, voire même à la résection du ganglion de Gasser. Elle ne donne pas la certitude absolue de la guérison ; et s'il est des malades qui sont restés définitivement guéris, ce n'est pas le cas de tous les opérés. Néanmoins, si l'on songe à la condition malheureuse des malades atteints de névralgie rebelle, condition qui s'aggrave de l'insuccès de tous les moyens médicaux longtemps essayés au préalable, on est autorisé à proposer et à pratiquer l'une des trois résections alvéolo-dentaire, ptérygoïdienne, ou intra-cranienne, en graduant au besoin son intervention, par la succession de ces trois méthodes opératoires, dans l'ordre où je viens de les énoncer.

Ablation du ganglion de Gasser pour une névralgie trifaciale rebelle. Insuccès thérapeutique. Troubles oculaires.

M. SCHWARTZ. — La communication de notre collègue, le Dr Guinard, sur le traitement chirurgical de la névralgie rebelle du trijumeau, et en particulier sur l'extirpation du ganglion de Gasser, nous montre toutes les ressources opératoires actuelles de la chirurgie contre cette maladie, si rebelle et si douloureuse, et se termine par des conclusions auxquelles je me rallierai complètement pour ma part.

Je n'insisterai pas sur le traitement par l'opération de Jarre, la résection du nerf sous-orbitaire et des autres nerfs périphériques, branches terminales du trijumeau.

Mais je vous rapporterai une observation de résection du ganglion de Gasser, qui a été loin de donner à mon malade la guérison que j'espérais.

F. B... est un homme de soixante-deux ans, concierge, qui vient nous trouver en décembre 1897, une première fois pour des douleurs causées, d'après lui, par une tumeur de la joue. Il est vrai de dire que la tumeur située exactement en avant de la parotide date déjà de nombreuses années, tandis que la douleur a débuté en août 1897 à la suite d'un refroidissement. Elle est d'abord assez bien localisée dans la région de la joue, au-dessous de l'œil gauche surtout et au niveau de l'aile du nez. Elle survient par crises qui surviennent surtout la nuit, durant environ deux heures et arrachent des cris au malheureux patient. Quoique n'ayant pas grand espoir dans une relation entre la névralgie sous-orbitaire et la présence d'une tumeur bénigne probablement myo-chondrome de la parotide accessoire, j'enlève la tumeur parotidienne. Je vous ai présenté le malade au début de l'année avec une néostomie du canal de Sténon que j'avais été obligé de réséquer sur une certaine étendue pendant l'opération. Il ne fut nullement soulagé. Tous les moyens médicaux furent employés; les dents furent examinées avec soin, rien de notable de ce côté. Cependant les crises augmentèrent et d'intensité et de durée : trois à quatre heures au lieu de deux heures, trois à quatre par jour. Comme le nerf sous-orbitaire me paraissait surtout atteint, je lui fis, fin avril, la résection de tout le nerf sous-orbitaire, que j'avais sectionné à son entrée dans le plancher de l'orbite, puis retiré du canal sous-orbitaire en tirant sur son épanouissement sous-orbitaire ramené dans une ligature. Le nerf fut excisé sur une longueur de 3 centimètres.

Il était gros, rougeâtre, comme étranglé par le trou sous-orbitaire; il y eut un peu de calme qui ne dura que quelques jours; la névralgie reprit de plus belle et envahit également les autres territoires du trijumeau, de l'ophtalmique, du maxillaire inférieur; le malheureux homme souffrait le martyre; trois à quatre accès et même plus par jour, d'une

durée de quelques heures, survinrent la nuit comme le jour. Rien n'y fait : c'est à peine s'il atteint un peu de calme par l'emploi de la morphine, etc., etc. C'est alors que, me basant sur l'insuccès de tous les moyens employés, sur la généralisation de la névralgie, je pense à la résection du ganglion de Gasser, après avoir prévenu la famille de la gravité possible de l'opération chez un homme déjà âgé et affaibli par la douleur et l'insomnie.

Celle-ci fut acceptée et pratiquée le 11 juin 1898.

Avant d'entreprendre l'opération, et suivant en cela l'exemple de notre collègue Guinard, je soigne particulièrement l'œil gauche. Lavages quotidiens de la conjonctive à l'eau boriquée, puis instillations de deux à trois gouttes de sulfate d'atropine.

Ce traitement est fait pendant quatre jours avant l'opération. Notre collègue Poirier, avec qui je l'ai déjà répétée sur le cadavre, veut bien m'assister, ce dont je lui adresse ici tous mes remerciements. L'opération est conduite d'après la description qu'il en a donnée en 1896. C'est, en somme, le procédé de Krause, Doyen.

Rien à noter pendant la découverte du crâne. La trépanation à la gouge et au maillet de l'écaille du sphénoïdo-temporal, une fois faite et la dure-mère mise à nu, avec la pince emporte-pièce j'agrandis peu à peu vers la profondeur; un crochet introduit dans le trou ovale me repère de temps en temps; le trou ovale ouvert, les parties bien écartées, on voit parfaitement un gros trousseau rougeâtre qui y pousse. Il est soulevé sur un crochet et sectionné; c'est le tronc du maxillaire inférieur. Je le pince alors et me mets en devoir d'isoler le ganglion par sa face supérieure, puis par sa face inférieure, là où il repose dans le cavum Meckeli. Là commencent les difficultés ; il se fait un écoulement de liquide céphalo-rachidien en même temps qu'une hémorrhagie veineuse abondante remplit constamment la cavité en entonnoir de ma plaie et m'empêche d'y voir. Pendant une demi-heure, patiemment je tamponne et enfin de compte, je laisse un petit tampon à demeure sur le point d'où paraît partir le sang. Je puis terminer la dissection du ganglion, couper le nerf maxillaire supérieur sans m'inquiéter de l'ophtalmique de Willis, saisir le ganglion pour tendre sa grosse racine postérieure. Le ganglion ne vient pas en entier, il se déchire et c'est par trois fois que je suis obligé de le saisir pour l'enlever; je curette par plus de précautions le cavum Meckeli pour bien m'assurer qu'il n'y reste rien. Les trois gros fragments enlevés, à l'un desquels pendent les racines étirées du trijumeau, sont remis au professeur Cornil, qui les a soumis à l'examen d'un de ses élèves. Je le remettrai ultérieurement.

L'hémorrhagie veineuse étant arrêtée, je fais quelques ligatures des artères pincées au passage, la suture du temporal, puis celle du plexus superficiel après avoir placé un drain jusque dans le fond de la plaie en contact de la dure-mère. Protection de l'œil gauche bien lavé recouvert d'un fragment de lint vaseliné.

Pansement iodoformé et ouaté.

L'opéré se réveille lentement et nous dit que ses douleurs sont diffé-

rentes de celles qu'il avait auparavant. Le pansement est rapidement transpercé par un écoulement séro-sanguinolent qui nécessite son changement le lendemain matin.

L'opéré n'a pas le soulagement que nous espérions. Il n'a plus de crises, mais une douleur continue.

Toutefois, le 15 juin, quatre jours après l'opération, les douleurs continues ont tellement diminué que nous espérons un résultat favorable. Le drain est enlevé. Il n'y a aucune lésion à l'œil, le malade y voit parfaitement. Rien du côté de la suture.

Cependant le 16 juin, malgré les lavages de l'œil droit quotidiens, se dessine une kératite légère, ou plutôt un trouble de la cornée, qui a disparu dès le lendemain. Les douleurs sont plus fortes que la veille, quoique ne revêtant plus le caractère de crises aussi violentes.

L'examen de la sensibilité de la face nous montre qu'elle est détruite sur tout le territoire du trijumeau; elle existe incomplète aux confins de sa distribution.

Les fils sont retirés le huitième jour. Rien du côté de la plaie, réunion complète. Le 26 juin, nous constatons qu'il existe un abcès qui se fait jour par un des points de suture. Placement d'un drain. Lavages.

L'œil gauche est repris de troubles sérieux : opacité de la cornée, chémosis conjonctival léger; diminution de l'acuité visuelle.

Les douleurs reviennent par crises, comme par le passé. Peu à peu la névralgie reprend presque toute son acuité primitive.

L'abcès est actuellement guéri; mais depuis six semaines environ, le malade n'y voit plus du tout, il y a du chémosis, un léger trouble des milieux, de l'exophtalmie, si bien qu'un oculiste distingué, consulté sur le cas, pense, étant données l'ophtalmoplégie et l'exophtalmie, à un néoplasme rétro-orbitaire.

Le malade souffre actuellement de midi à quatre heures du soir, surtout dans tout le territoire du nerf trijumeau; il a du repos plutôt la nuit et le matin; il prend continuellement de la phénacétine, de l'antipyrine, de la morphine. Aucune déformation au niveau de la région opérée.

En somme la résection du ganglion de Gasser s'est montrée inefficace.

Quelques mots seulement sur l'opération en elle-même.

L'impression que j'en garde est que c'est une opération difficile, variable comme difficultés d'après la conformation du crâne, l'épaisseur des os. L'abord du ganglion de Gasser est d'autant plus pénible, qu'on a affaire à des crânes plus larges. Depage, dans une récente communication à l'Académie de médecine belge (p. 294, 1898), est aussi d'avis que l'opération est moins difficile chez les dolichocéphales que chez les brachycéphales. Le temps le plus scabreux, c'est la dissection du ganglion au fond de l'entonnoir formé par la plaie, qui se remplit de sang et de liquide céphalo-

rachidien et empêche d'y voir. Krause a bien donné le conseil de mettre la tête sur l'occiput, de manœuvrer de côté en s'éclairant avec une lampe électrique; mais cela ne me paraît pas encore très simple à réaliser. Lorsqu'on a la malechance de tomber sur des plexus veineux gorgés de sang et entourant le nerf et le ganglion, on peut être arrêté pendant une demi-heure, comme dans notre cas, rien que par l'hémostase veineuse. En dehors de cet accident, l'opération a marché très régulièrement, en me conformant absolument aux règles données par notre collègue Poirier. Elle a duré une heure et demie, dont une demi-heure pour arrêter le sang.

La dénudation du ganglion a été difficile dans notre cas; il était friable et très adhérent; je n'ai pu l'avoir d'une pièce, mais en trois morceaux, d'où une certaine incertitude sur une intervention bien complète.

Les suites opératoires ont d'abord été bonnes. Mais, malgré les précautions que nous avons prises pour l'œil du même côté, nous avons vu survenir vers le huitième jour des accidents de kératite légère, qui ont cédé, il est vrai.

Plus tard s'est installé, avec la récidive des douleurs, une ophtalmoplégie et une exophtalmie ou chémosis, dont il m'est, malgré tout, difficile d'expliquer la cause. Faut-il penser à un néoplasme profond rétro-orbitaire, ou à des phénomènes inflammatoires? Ces deux opinions sont défendables.

M. Reclus. — Je veux dire quelques mots à propos de l'une des opérations préconisées par M. Guinard, la moins grave de toutes, la résection du rebord alvéolaire, opération de Jarre.

Je l'ai pratiquée deux fois: la première fois, sur une vieille dame de Fontainebleau qui avait des douleurs insupportables; elle était édentée, il n'y avait pas une seule dent au rebord maxillaire inférieur gauche. Je l'anesthésiai à la cocaïne, et avec la pince coupante, j'enlevai le bord supérieur du maxillaire inférieur. Les douleurs cessèrent. Elle me fut très reconnaissante et se crut guérie. Mais après quatre mois, il y eut une récidive complète. Une nouvelle opération ne donna aucun résultat, et quand elle se réveilla du chloroforme que j'avais fait donner, pour pouvoir pratiquer une résection plus large, elle eut une crise devant moi. De sorte qu'à l'heure qu'il est, si toutefois elle n'a point été opérée par l'un de vous, elle est toujours en proie à ses douleurs. Mon deuxième cas est incomplet. La malade avait de vives douleurs, parlait de se suicider. Je lui réséquai le maxillaire comme dans le premier cas. Elle partit au bout de quinze jours, revint deux ou trois fois, et me promit de ne s'adresser qu'à moi en cas de

récidive. Elle serait je crois, sûrement revenue, si pareille occurrence s'était présentée, d'autant plus qu'elle habite près de Laënnec. Or, je ne l'ai pas revue. Dois-je en conclure qu'il y a eu guérison sans récidive, que j'ai eu 50 p. 100 de succès? Non, sans doute, car enfin une raison quelconque a pu empêcher la malade de revenir. Néanmoins, je crois, en résumé, l'opération de Jarre tellement bénigne, qu'étant donnée la gravité des autres interventions, il faut toujours commencer par elle.

M. P. Reynier. — Je ne veux ajouter qu'un mot à ce qu'a dit M. Reclus. J'ai pratiqué plusieurs fois la résection du rebord alvéolaire chez des édentés. Ma première observation date de 1890. Il s'agissait d'un malade que j'ai opéré à Tenon, homme âgé, complètement édenté, et qui souffrait horriblement de névralgie faciale. Avec la gouge, le maillet et le marteau, je fis sauter une notable portion du rebord alvéolaire. J'avais alors pour assistant le Dr Ischwall. Les douleurs névralgiques disparurent, et j'eus l'occasion de revoir ce malade en 1895. J'étais alors moi-même malade à la campagne, et cet homme venait me témoigner sa reconnaissance en venant prendre de mes nouvelles.

Mais, si pour les édentés, cette résection du rebord alvéolaire est une opération excellente, car il s'agit dans ce cas d'une ostéite hyperostosiante, ostéite éburnée qui, comprimant les filets nerveux, est la cause de la douleur, je ne crois pas qu'on doive comparer ces cas à ceux de MM. Guinard, Schwartz, Marchand, qui avaient affaire à des gens relativement jeunes, et chez lesquels la névralgie devait avoir une cause tout à fait différente. On comprend que dans ces cas, lorsqu'on a essayé le traitement médical qui (il ne faut pas l'oublier) souvent réussit, on est en droit d'avoir recours à des opérations sérieuses, telles que la résection du ganglion de Gasser, ou du nerf maxillaire supérieur.

M. Reclus. — Ces malades sont édentés, parce que pour se guérir de leur névralgie, ils se sont fait arracher toutes leurs dents, et l'âge n'a rien à voir avec leur édentation.

M. P. Reynier. — Je ne suis pas entièrement de cet avis. Si dans un certain nombre de cas, les choses peuvent se passer comme le dit M. Reclus, dans ce qu'on appelle la névralgie des édentés, les dents tombent généralement d'elles-mêmes par le fait de l'ostéite hyperostosante, cause elle-même de la névralgie et cette ostéite se voit surtout chez les gens relativement âgés.

Rapports.

Plaie de l'abdomen par coup de feu. Déchirure de l'estomac. Plaie du foie. Hémorrhagie interne. Laparotomie. Guérison, par M. DUBUJADOUX, médecin-major, chef de l'hôpital militaire de Blidah.

Rapport de M. CHAUVEL.

Parmi nos collègues de l'armée, M. Dubujadoux est dans les plus entreprenants, dans ceux qui font volontiers une chirurgie des plus actives. Il en est à sa troisième laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen avec lésions vasculaires. Ses deux premières interventions n'ont pas été heureuses; il s'agissait de coups de couteau.

Chez le premier, la veine rénale droite avait été atteinte; l'hémorrhagie fut arrêtée par un tamponnement à la gaze, mais le patient succomba, au bout de huit jours, par péritonite. Il est vrai que l'épiploon hernié avait été rentré dans le ventre par une personne présente, après avoir été essuyé avec la chemise même du blessé, et sans que le panseur improvisé eût pris la peine de se laver les mains.

Atteint de deux coups de couteau, dont l'un avait presque complètement sectionné la veine iliaque primitive droite, le second opéré succomba à la continuation de l'hémorrhagie, une demi-heure après la fermeture du ventre.

Dans le cas présent, M. Dubujadoux a vu son intervention couronnée de succès, bien qu'elle eût été plus tardive. Mais je dois, tout d'abord, résumer son observation, elle n'est pas sans intérêt :

B... M..., jeune femme, alcoolique, se tire, vers midi et demi, un coup de revolver de gros calibre. Elle entre à 2 heures à l'hôpital de Blidah, en shock intense, froide, presque sans pouls, ayant eu, dit-on, des vomissements alimentaires, et dans l'un d'eux, on aurait vu du sang. Le médecin présent pratique une injection de 1,500 centimètres cubes d'eau salée à 7 p. 1000, à la température de 40 degrés.

M. Dubujadoux ne voit la blessée qu'à 8 heures du soir : face pâle, pouls à 120, petit, mais net, douleur vive de l'estomac, soif, deux vomissements depuis 4 heures; il n'est pas dit qu'ils contenaient du sang. La plaie d'entrée siège entre les cartilages des 9e et 10e côtes (à gauche, sans doute) sur la ligne mamelonnaire; ronde, large de 1 centimètre, elle a ses bords noirs, nets, déprimés en dedans; une traînée brune, horizontale, de même largeur, la précède à gauche. Pas d'orifice de sortie. Un stylet s'enfonce très obliquement d'avant en arrière et dans un plan transversal. Le ventre n'est point ballonné, la région stomacale

très douloureuse spontanément est aussi très sensible à la pression. « J'estime, dit M. Dubujadoux, que très probablement, il y a eu perforation de l'estomac et hémorrhagie interne : *la laparotomie s'impose.* »

La laparotomie s'imposait-elle, en effet, et les signes notés indiquaient-ils une perforation de l'estomac et une hémorrhagie interne? La présence du sang dans les vomissements ne paraît pas avoir été constatée par les médecins; le pouls s'était relevé, il n'est question ni de gonflement du ventre, ni de matité, ni de symptômes décelant un épanchement intra-péritonéal. Je ne sais si j'aurais partagé l'opinion de notre collègue en présence de sa malade, mais les détails de l'observation laissent mon jugement difficile et cependant je ne suis point un abstentionniste, ayant toujours préconisé l'intervention pour peu que la pénétration soit certaine ou qu'il existe des accidents décelant les débuts de la péritonite.

M. Dubujadoux pratique donc la laparotomie sus-ombilicale médiane, neuf heures après l'accident. Le péritoine ouvert, on voit sourdre une assez grande quantité de sang noir, et l'estomac dilaté se présente d'emblée dans la plaie. Attiré au dehors, il montre, sur sa face antérieure, en avant et au-dessous du cardia, une plaie ovoïde de 1 centimètre de haut sur 15 millimètres de largeur. « Il n'y a point perte complète de substance, les lèvres de cette plaie sont reliées par une lamelle noirâtre criblée de gros trous. » Réunion par deux plans de sutures à la Lembert. Pas de plaie posté-

De la direction oblique du trajet pariétal, du contact tangentiel de la balle avec l'estomac, notre confrère conclut que le projectile, continuant son chemin, s'est dirigé vers la face inférieure du foie. Et pour explorer celui-ci, il fait, à mi-chemin de l'épigastre à l'ombilic, une incision transversale de 10 centimètres.
rieure.

Cependant, à peine le côlon abaissé, le sang arrive à flots, se renouvelant à mesure qu'on l'éponge. L'exploration manuelle fait reconnaître, à la face inférieure du foie, loin en arrière, entre le lobe de Spiegel et le bord gauche, une déchirure du foie. Cette plaie, comprimée du doigt, est tamponnée avec une mèche de gaze aseptique dont l'autre extrémité sort par l'angle externe de la plaie. Mais le sang monte toujours et l'on se hâte de fermer le ventre. Injection intra-veineuse de un demi-litre de sérum, injections sous-cutanées d'éther et de caféine. L'opération a duré trois quarts d'heure.

Je passe sur les détails minutieux de l'observation. En somme, les injections intra-veineuses d'eau salée sont continuées jusqu'au sixième jour où le pansement est renouvelé et la mèche de gaze

enlevée. Une pleurésie, peut-être suite d'hémo-thorax, inspire pendant quelques jours des inquiétudes; il y a de la fièvre, de la dyspnée, un peu d'albumine dans les urines. Il semble qu'il y ait développement d'une congestion intense à la base des deux poumons. A partir du vingt et unième jour, l'amélioration est manifeste, mais les progrès sont lents et traversés par des poussées d'infiltration œdémateuse des membres inférieurs coïncidant avec une albuminurie légère. Au soixantième jour, toutes les plaies sont fermées et l'apyrexie est complète. La blessée quitte l'hôpital quelques jours plus tard avec des cicatrices solides et, revue plusieurs fois, elle ne présente aucune tendance à l'éventration.

Qu'est devenu le projectile? Il est probable qu'il est resté dans le foie, à moins qu'il ne se soit logé dans le lobe inférieur du poumon droit. Peu importe, les balles ainsi enkystées suscitent rarement des troubles. L'intérêt de l'observation est dans l'hémorrhagie profuse et inquiétante qui a suivi l'ouverture du ventre et l'exploration de la région hépatique. Si l'écoulement sanguin avait eu cette abondance dès le coup de feu, la mort serait certainement arrivée avant qu'il fût possible d'intervenir.

Il semble donc que la diminution de pression résultant de l'ouverture de l'abdomen, et que les manœuvres, nécessitées par l'exploration des viscères, aient influé sur la violence de l'hémorrhagie et, peut-être, amené le déplacement de caillots déjà adhérents. M. Dubujadoux, dans ses trois laparotomies, a constaté cette influence défavorable des manœuvres exploratrices et de la décompression intra-abdominale. Si le sang, dit-il, avait librement coulé, au plein diamètre des plaies vasculaires, les blessés n'auraient pas survécu jusqu'à l'intervention dont la plus précoce fut à la troisième heure.

Il est vrai que notre collègue a eu la malechance de toujours opérer la nuit, à la lumière, condition qui rend les recherches plus laborieuses et plus difficile l'hémostase directe. Dans les trois cas, en effet, il dut se borner à un tamponnement avec la gaze aseptique, tamponnement qui, par lui-même, parut insuffisant dans les cas de plaies de gros vaisseaux, même de vaisseaux veineux. Il en conclut qu'il ne faut pas trop s'obstiner à chercher le vaisseau lésé et qu'il faut se hâter de refermer l'abdomen.

Cette conclusion ne saurait être acceptée, à notre avis, que dans des cas exceptionnels et nullement comme règle générale. Si la laparotomie est aujourd'hui classique dans les blessures pénétrantes de l'abdomen, avec signes manifestes d'hémorrhagie interne, c'est précisément parce qu'on espère, grâce à l'ouverture du ventre, pouvoir mettre à jour la partie saignante, et faire une hémostase directe. Que l'on n'y arrive pas toujours, les faits

de M. Dubujadoux le démontrent après nombre d'autres. Mais je crois que le principe est juste et, s'il était prouvé que contrôler l'hémorrhagie est une tentative vaine, la valeur de l'intervention en deviendrait plus contestable, bien qu'indiquée presque toujours par la probabilité de lésions concomitantes du tube digestif.

Onze injections intra-veineuses d'eau salée à 7 p. 1000 ont été pratiquées dans les six premiers jours, introduisant dans la circulation 16 litres de liquide. Notre collègue leur impute la bouffissure des paupières, l'œdème des pieds et des mains constatés chez sa malade. J'avoue ne pas comprendre la nécessité de ces injections multiples alors que l'hémorrhagie est arrêtée, le pouls net, l'état sans gravité. C'est exiger des reins un travail considérable, et si le filtre rénal ne fonctionne pas normalement, c'est s'exposer à des accidents d'hydrémie sans aucun avantage notable pour la blessée.

Fracture comminutive ouverte de la rotule. Arthrotomie et suture des deux fragments supérieur et inférieur après ablation d'un volumineux fragment intermédiaire. Guérison, par M. WISSEMANS, médecin-major de l'hôpital d'Orléans.

Rapport de M. CHAUVEL.

Tout l'intérêt de l'observation communiquée par M. le Dr Wissemans réside dans le succès de la suture de fragments rotuliens rendus distants l'un de l'autre, non seulement par la rétraction des tissus, mais aussi par l'extraction de la partie médiane de la rotule complètement isolée par une double fracture. La lésion résultait d'un coup de pied de cheval frappant directement la face antérieure du genou droit et sectionnant la peau sur une étendue de 4 centimètres. Un lavage abondant avec la solution phéniquée tiède à 3 p. 100, permit de constater les dégâts. Le fragment moyen n'étant retenu que par quelques lambeaux de tissu fibreux, son ablation fut jugée nécessaire. Du côté interne, un gros fil d'argent réunit les parties supérieure et inférieure de la rotule conservées. Mais du côté externe, le tissu osseux du fragment supérieur se fissura sous l'action du perforateur, et M. Wissemans dut recourir à une suture fibreuse, le fil traversant le tendon du triceps et le ligament rotulien. Cependant, comme l'indique une figure schématique jointe à l'observation, le rapprochement des surfaces osseuses put se faire sans trop de difficultés. On sectionne alors les fils d'argent au ras de l'os, et on

en rabat et aplatit les nœuds sur la ligne de réunion. Des anses de catgut, n° 3, réunissent les lambeaux de périoste et de tissu fibreux. Gros drain sous la rotule, glace, pansement iodoformé et ouaté légèrement compressif. Aucun accident. Mobilisation passive de la rotule, et massage des muscles à partir du vingtième jour; mobilisation active à partir du trente-cinquième jour; le malade se lève et commence à marcher le quarante-quatrième jour; sortie de l'hôpital, après quatre mois, marche libre, sans boiterie et sans fatigue.

Je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans nos archives.

Contusion de l'abdomen par coup pied de cheval. Perforations intestinales. Péritonite, Laparotomie. Guérison, par M. Dubujadoux, médecin-major, chef de l'hôpital militaire de Blidah.

Rapport de M. CHAUVEL.

Un jeune soldat, frappé vers 2 heures de nuit par un coup de pied de cheval au bas-ventre, entre à l'hôpital de Blidah à 9 heures du matin. Il a eu deux vomissements alimentaires, une miction avec douleurs de l'abdomen; ni garde-robe, ni gaz par l'anus. Le facies est vif, coloré; le pouls à 100, la respiration à 24; la paroi ventrale ne présente ni plaie, ni ecchymose, le palper est possible sans défense de la sangle musculaire, mais le patient accuse une douleur assez vive, à gauche, au-dessous de l'ombilic, point où le choc a porté.

Bien que soupçonnant une perforation, en présence d'un état aussi satisfaisant, M. Dubujadoux décide d'attendre. La journée est passable. Cependant, à 6 heures du soir, le pouls est à 114, la douleur plus vive s'étend jusqu'à l'ombilic, la pression développe plus de sonffrance; il y des nausées, de la soif, de l'agitation, des sueurs à la face, un peu de ballonnement sous-ombilical. Bien que la température soit toujours à 37 degrés, la respiration à 24, notre collègue juge qu'il y a péritonite et problement perforation de l'intestin.

A 8 h. 1/2 du soir, soit dix-huit heures après l'accident, la laparotomie est pratiquée. L'incision du péritoine montre l'intestin rouge, couvert de fausses membranes; un liquide louche s'échappe en abondance. Dans la région frappée, on trouve sur une anse intestinale deux plaies perforantes éloignées de 4 centimètres, arrondies, de 4 à 5 millimètres de diamètre et que ne

comble aucunement la muqueuse herniée, car les matières en sortent avec facilité. Un peu plus à droite, une zône contuse, noirâtre, arrondie, large de 5 millimètres. Aucune autre lésion n'est reconnue.

Après nettoyage, les plaies sont fermées par un double plan de points à la Lembert, avec des fils de soie très fins, obtenus par détorsion de soie n° 1. Une ligne de sutures permet de recouvrir la zone contuse dont la gangrène semble à craindre.

Il faut alors, partie avec les doigts, partie avec des compresses imbibées de sublimé à 1 p. 1000, partie avec des lavages à l'eau bouillie chaude, nettoyer les intestins de leurs fausses membranes et débarrasser le bassin du liquide louche qu'il contient en quantité. L'opération a duré 2 h. 1/2; elle est terminée par une injection de 1,500 centimètres cubes d'eau salée à 7 p. 1000 dans la veine médiane céphalique gauche.

Je passe sur le reste de l'observation, qui n'offre pour nous que peu d'intérêt, aucun accident grave n'ayant troublé la convalescence. Quatre injections de sérum artificiel furent pratiquées dans les deux premiers jours; le régime habituel fut suivi; jamais la température ne dépassa 37°,4. Un gros drain placé dans la partie inférieure de la cavité abdominale donna du liquide infect, louche, pendant quatre jours, puis de la sérosité trouble jusqu'au quinzième jour.

Le vingt-et-unième jour l'opéré se levait et constatait que son ventre, bien plat le matin, se bombait le soir et s'abaissait sur les cuisses. La percussion y décelait une zone de matité, signe d'épanchement, s'élevant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Après une semaine de repos, le lever fut repris. Il ne se reproduisit plus de liquide, mais le ventre continuait de se bomber après quelques heures de station verticale. Il fallut le port d'une ceinture hypogastrique durant quelques semaines pour ramener les choses à l'état normal.

M. Dubujadoux remarque combien légers étaient chez son malade les symptômes du début, combien le diagnostic était difficile et la conduite du chirurgien délicate. Certes, il a fait preuve de savoir et de décision, et son intervention a sauvé la vie du blessé. Mais comme il le dit, son hésitation eût peut-être été moins longue, si l'administration d'opium n'avait prolongé la période de calme et masqué les progrès de la péritonite. Aussi, conclut-il à ne donner de narcotiques, qu'après une observation assez prolongée et surtout après avoir pris une détermination, intervention ou attente.

Les lésions constatées chez B.... se rapprochaient beaucoup du type décrit par Moty; les points altérés se trouvaient sur une

même horizontale et éloignés de 4 centimètres l'un de l'un l'autre; il n'y avait pas traces de traumatisme sur l'autre versant de l'intestin.

M. Dubujadoux attribue aux injections salées des avantages qui ne sont plus à démontrer dans la laparotomie : accroissement de la résistance de la tension sanguine, maintien de la diurèse et de l'hydratation des tissus, possibilité de maintenir l'abstinence complète de boissons pendant les premiers jours. Cette pratique est pour moi bien nouvelle, et je ne veux pas me permettre de la juger, n'ayant à cet égard aucune expérience personnelle.

Je ne puis qu'adresser des éloges à M. le Dr Dubujadoux pour l'esprit de décision dont il a fait preuve et pour l'habileté de son opération. Je vous propose de lui envoyer des remerciements pour les deux observations intéressantes qu'il nous a soumises et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national de notre Société.

M. Hartmann. — Je voudrais, à propos du dernier rapport de M. Chauvel, appeler l'attention sur ce qu'au début, il n'y avait aucun symptôme : dans toutes les observations que j'ai vues, dans les premières heures en effet cette absence de symptômes se retrouve. Et cependant, on serait bien heureux de pouvoir en relever, car si on était sûr de la lésion, on interviendrait immédiatement. Il existe cependant un signe sur l'importance duquel je voudrais insister tout particulièrement, qui existe dans les cas graves, et qui est une indication à l'intervention : c'est la contracture de la paroi que j'ai trouvée dans tous les cas avec mon élève Gosset.

M. Chauvel. — Ici, elle n'existait pas, « le palper est possible, dit l'observation de M. Dubujadoux, sans défense de la sangle musculaire. »

M. Hartmann. — Dans tous les cas que j'ai relevés, et où je suis intervenu, elle n'a jamais fait défaut, alors qu'il n'y avait pas d'autre symptôme. Dans les autres cas de contusion de l'abdomen où cette contracture manquait, il ne s'est pas produit d'accidents graves.

M. Routier. — M. Chauvel nous a dit que, quand la malade a été opérée, il y avait péritonite et que cependant la malade avait guéri. Ces cas sont rares; je crois qu'il est bon d'insister à ce sujet. Pour ce qu'a dit M. Hartmann, il y a longtemps que j'ai dit qu'à toute lésion profonde de l'abdomen correspondait une con-

tracture de la paroi, ce que j'ai exprimé en disant que le ventre se mettait en défense. D'ailleurs, je n'ai pas à revendiquer la paternité de cette notion sur laquelle j'ai insisté à propos de l'appendicite.

M. Michaux. — Si M. Hartmann veut bien se rapporter à ce que j'ai écrit sur les contusions de l'abdomen, il verra que j'ai insisté sur cette contracture, que je regarde comme un des signes les plus importants d'une lésion profonde. Cependant, ce n'est pas un signe absolu. Dans quelques cas légers de contusion abdominale, il peut exister. Nos collègues de l'armée ont déjà insisté sur ce fait. Il y a des cas où les malades présentent de la petitesse du pouls, de la contracture et cependant se remettent sans intervention. Ce n'est d'ailleurs pas moi qui ai signalé de premier ce symptôme de la contracture. M. Guinard l'a noté, ainsi que M. Jalaguier; cette contracture a du reste d'autant plus d'importance qu'elle semble souvent plus marquée au niveau du point profond traumatisé.

M. Reclus. — Rien n'est difficile comme le diagnostic de ces lésions. Ce que dit M. Hartmann peut être en opposition directe avec ce que j'ai relevé dans une observation personnelle. J'ai vu arriver à pied dans mon service un malade ayant reçu un coup de pied de cheval à la volée. Il ne présentait rien de spécial, avait le ventre souple, aucune contracture. Je crus devoir m'abstenir et le soir même, il avait une péritonite ; il mourait le lendemain, et à l'autopsie, on trouvait trois perforations comme les a décrites M. Moty. Un autre malade présentait une sonorité dans la région du foie, des plus nettes. J'ouvris le ventre, je trouvai de la dilatation du côlon transverse banale et un éclatement superficiel de la séreuse sans perforation : le malade guérit. Ainsi, dans un cas il n'y avait aucun signe de perforation et celle-ci existait; dans un autre, il y en avait des signes et l'intestin était indemne. Aussi, j'ai, pour ma part, modifié ma manière de voir, et considérant que la laparotomie n'est pas grave quand l'intestin n'est pas distendu, je la pratique volontiers de bonne heure, même en l'absence de signe positif dans les cas de traumatisme de l'abdomen.

Je ne suis pas de l'avis de M. Routier, quand il dit que les faits de guérison après intervention, la péritonite étant déclarée, sont rares. Il existe nombre de péritonites traumatiques qui ont guéri. Je citerai pour mémoire l'observation de M. Labbé. Il s'agissait d'un étudiant en médecine qui avait reçu un coup de pied. On faisait tout préparer pour l'opérer quand Labbé déclara le cas désespéré et l'intervention inutile, étant donné les sym-

ptômes de péritonite. Or, le malade guérit. Malgré ces observations de guérison de péritonite, il n'en est pas moins vrai qu'on a de bien meilleurs résultats quand on opère avant qu'elle se soit déclarée,

M. Guinard. — Il y a trois ans, j'avais cru découvrir le signe de la contracture du ventre, j'avais même parlé « du ventre en bois, » je me suis aperçu alors que M. Routier l'avait décrit ainsi que M. Jalaguier. Au sujet de ce qu'a dit M. Reclus, je ferai remarquer que, si certains malades guérissent, ayant présenté des symptômes de péritonite, on n'est pas absolument en droit de conclure qu'ils aient eu des perforations. Dans ces cas, ce sont le plus souvent des épanchements sanguins. Pour ma part, je crois que la laparotomie doit être faite le plus souvent possible. M. Chauvel vient de nous dire, avec M. Moty, que lorsqu'il y a des perforations, ces perforations, qui sont au nombre de trois, seraient produites, les deux qui sont à l'extrémité, par la pression des extrémités du fer du cheval, la troisième, qui est au milieu, par l'éclatement de l'anse intestinale, dans laquelle les gaz seraient refoulés, l'anse étant aplatie à ses deux bouts par le choc.

Je crois que cette explication est très théorique.

Sur le cadavre, j'ai essayé de produire par contusion avec un marteau ces lésions intestinales, sans pouvoir y arriver, quelque force que j'aie employée; et je défie qui que ce soit de réussir mieux que moi.

Aussi, admettrai-je plus volontiers que l'anse intestinale lésée aurait été prise entre l'action du fer et la saillie du sacrum, contre lequel, repoussée, elle aurait été se perforer. Je m'explique ainsi les deux perforations des extrémités. Quant à la perforation du milieu, j'avoue que je ne la comprends pas.

M. Schwartz. —Je voulais, à propos de ce qu'a dit M. Hartmann, montrer combien cette contracture des parois abdominales est un symptôme peu probant. J'ai vu pendant cinq jours, dans le service de M. Labbé, un malade qui, à la suite d'un coup de pied, a eu des vomissements incoercibles, le ventre en bateau, et cependant a guéri sans opération.

Ce signe, qui a, je le reconnais, une grande valeur, peut donc tromper.

M. Quénu. — A l'occasion des expériences dont vient de parler M. Guinard, je voudrais rappeler celles que j'ai faites, pour me rendre compte de la résistance à l'éclatement, des parois intesti-

nales. Ces expériences sont consignées dans un article de la *Revue de chirurgie* de 1882, intitulé : « Rupture du rectum ».

Avec un manomètre, je mesurais la pression que je développais dans l'intestin, où je refoulais de l'air. Or, j'étais arrivé à avoir une pression de 76 centimètres de mercure, sans produire la rupture. Quand celle-ci se produit, c'est la séreuse qui éclate toujours en premier. Aussi, devant cette résistance des parois intestinales à la pression, je me rallie à l'opinion de M. Guinard, et ne puis accepter la théorie de l'éclatement formulée par M. Moty.

M. Chauvel. — Je ferai remarquer à M. Guinard, que la situation de ces perforations ne répond pas au mécanisme qu'il invoque. Ces trois perforations sont rapprochées à 4 centimètres l'une de l'autre, ce qui correspond bien à la largeur d'un fer de cheval. Elles sont, de plus, sur la partie antérieure de l'anse.

M. Moty a insisté sur ces particularités; et c'est à cause d'elles, qu'avec lui je crois à l'action de la pression directe.

Dans l'observation, que je vous ai lue, ce qu'il y a eu de remarquable, comme je l'ai fait observer à M. Hartmann, c'est l'absence complète de symptômes, au début. Ce n'est qu'en voyant le pouls devenir rapide, qu'on a cru devoir intervenir. Dans cette intervention on a été amené à tirer en dehors plus de $1^{m},50$ d'intestin, qu'on a essuyé ; il existait de la sérosité louche dans le ventre, et on a été obligé de faire un grand nettoyage du petit bassin. Il y avait donc un début de péritonite très accentué ; et cependant le malade a guéri.

Présentation de malades.

M. Loison (professeur agrégé au Val-de-Grâce) présente un malade qui a eu une *rupture de la rate*, chez lequel il est intervenu avec succès.

Cette observation est renvoyée à une commission : M. Hartmann, rapporteur.

M. Morestin présente un malade auquel il a extrait une balle logée dans l'encéphale.

Cette observation est renvoyée à l'examen d'une commission : M. Walther, rapporteur.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade qui était atteinte de *péritonite tuberculeuse à forme ascitique et enkystée, simulant un kyste ovarique.*

J'ai pratiqué la laparotomie; j'ai trouvé un fait très remarquable, une péritonite tuberculeuse chyleuse, le liquide était blanc comme du lait. L'examen a été fait au laboratoire du D[r] Chauffard. Il s'agit d'une ascite chyleuse non graisseuse et tuberculeuse, comme l'a démontré une inoculation positive au cobaye.

Ma malade, opérée en mars, est en excellent état comme vous le voyez; le péritoine farci de tubercules, a été lavé avec 6 litres d'eau bouillie puis touché à l'iodoforme.

Présentation de pièces.

Appendicite et salpingite.

M. Quénu. — Voici des pièces qui démontrent clairement le rôle que peut jouer l'appendicite dans le développement des altérations salpingiennes et ovariques. On sait que les rapports de la salpingite et de l'appendicite ont été bien étudiés dans la thèse de M. Barnsby, mon ancien interne. Dans le cas actuel, la malade n'avait jamais présenté aucun symptôme qui pût faire supposer l'existence d'une appendicite antérieure.

Il y a douze ans, elle avait été prise de phénomènes inflammatoires qui avaient été considérés, à tort, je crois, comme de l'hématocèle rétro-utérine, aucun retard de règles, aucune grossesse, jamais de signes de métrite. Depuis cette époque, persistance des douleurs avec localisation constante à gauche, impossibilité de marcher. La malade, maintenant âgée de trente-huit ans, a passé toute cette période de douze ans sur une chaise longue. Au toucher, on sentait une tuméfaction dure appliquée sur le côté gauche de l'abcès, à droite, sensibilité minime, tuméfaction légère plus molle.

Je diagnostiquai une salpingite double prédominante à gauche et conseillai l'ablation des trompes.

Le ventre ouvert sur le plan incliné, j'observai que l'appendice, extrêmement long, traversait obliquement le petit bassin et venait se perdre dans un petit foyer adhérent au pavillon de la trompe gauche. Je décortiquai très péniblement ce petit foyer, réséquai l'appendice et terminai par l'ablation des annexes du côté droit.

En examinant les pièces, je constatai que le pavillon de la

trompe gauche dilatée formait un petit foyer enkysté coiffant et emprisonnant l'extrémité de l'appendice ; cette extrémité, dégagée du foyer, est renflée ; le reste de l'appendice est sain, non recouvert d'adhérences ; des adhérences, au contraire, remplissaient le cul-de-sac de Douglas, d'autant plus nombreuses et denses qu'on se rapprochait du foyer salpingien gauche ; j'ouvre l'appendice ; le petit renflement est dû à une concrétion stercorale et, à la surface de cette concrétion je découvre avec surprise une toute petite épingle ; j'appris depuis que la malade avait la mauvaise habitude de se nettoyer les dents avec des épingles.

Il me paraît évident que l'on doit rétablir, ainsi qu'il suit, l'évolution des accidents : l'épingle, en pénétrant dans l'appendice, y développa une inflammation suivie de la formation d'une concrétion stercorale ; le corps étranger, l'épingle, ne devint pas le centre d'une concrétion, celle-ci en était indépendante. Lorsque l'infection eut dépassé les parois de l'appendice, il se fit brusquement une poussée de pelvi-péritonite qu'on qualifia à tort d'hématocèle ; le bout de l'appendice se trouvant en rapport avec la trompe, lui adhéra, l'infecta et, ultérieurement, les symptômes de salpingite primèrent tous les autres. Il y a donc des salpingites dans lesquelles l'inoculation des trompes a pour provenance, non une infection utérine, mais l'infection d'un organe voisin lui-même infecté, tel que l'appendice.

On pourrait appeler ces sortes d'appendicite des salpingites appendiculaires.

J'entends qu'il s'agit de salpingites vraies avec participation de la muqueuse tubaire et non de péri-salpingites consistant en de simples adhérences qui relient l'appendice aux trompes ; ces adhérences ont pour origine, tantôt une infection tubaire primitive, tantôt une appendicite primitive. Le cas que je présente est tout différent et se rapporte à une endo-salpingite d'origine manifestement appendiculaire.

M. Routier. — J'ai une observation qui se rapproche beaucoup de celle de M. Quénu. L'appendice était venu, comme dans son cas, se mettre en rapport avec la trompe. Mais il y avait de la pelvi-péritonite, et les lésions étaient trop étendues pour que je puisse savoir si l'infection avait commencé par l'appendice ou par la trompe.

M. Quénu. — Il existait dans ce cas de la pelvi-péritonite qui avait simulé une hématocèle. Si j'insiste sur ce point, c'est que, dans l'observation qu'a présentée M. Routier, il parle d'héma-

tocèle. Or, je crois que, dans ces cas, on a surtout affaire à de la pelvi-péritonite.

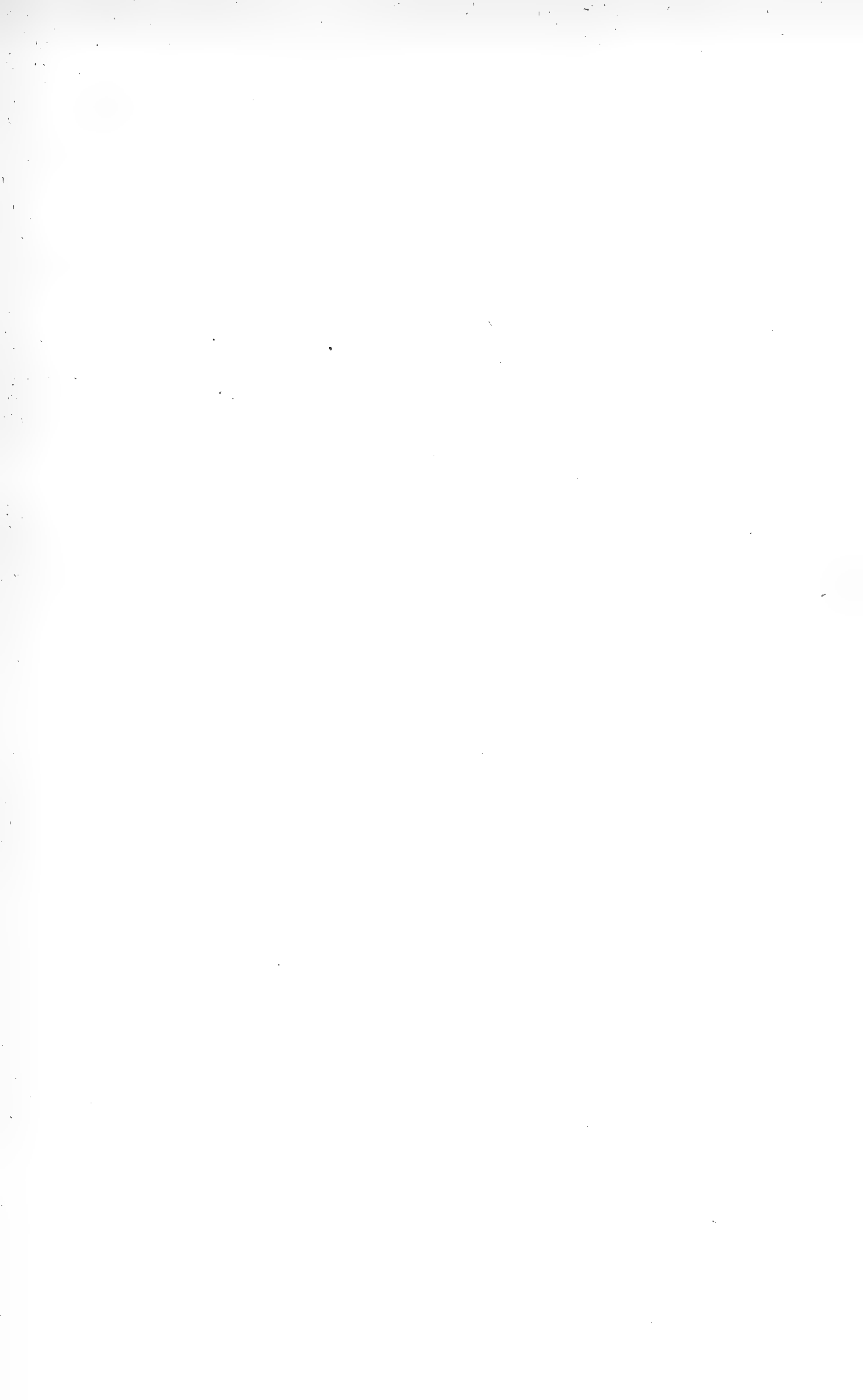
Les crises d'appendicite, venant également chez les femmes au moment des règles, on comprend qu'on soit porté, en pareille circonstance, à faire plutôt le diagnostic de lésions annexielles.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.





SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1898

Présidence de M. Berger

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de ces deux dernières semaines.

M. Polaillon dépose sur le bureau un exemplaire de son ouvrage intitulé : *Statistique des affections chirurgicales du tronc.*

Nécrologie.

A l'occasion du décès de M. Heydenreich, doyen de la Faculté de Médecine de Nancy, M. Berger prononce le discours suivant :

DISCOURS DE M. BERGER

Messieurs,

J'ai le douloureux devoir de vous annoncer la mort d'un de nos correspondants nationaux.

Au commencement de la dernière séance, il y a quinze jours, nous venions d'apprendre la fin prématurée de notre collègue, M. Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, mais nous espérions encore que cette nouvelle, qui ne nous était arrivée que par la presse, était prématurée. Nous ne pouvons aujourd'hui qu'adresser à sa famille l'expression de notre respectueuse sympathie, et prendre part au deuil qu'éprouve la Faculté de méde-

cine de Nancy, si cruellement atteinte par cette perte. M. Heydenreich, enlevé dans la plénitude de sa force et de son talent, joignait, aux qualités maîtresses du chirurgien, une érudition d'une rare étendue et un sens critique très sûr qui étaient le trait le plus marquant de son enseignement et de ses travaux scientifiques. Depuis plusieurs années, il consacrait le meilleur de ses forces et de son activité à la Faculté de Nancy, sur laquelle il avait reporté l'affection, qu'Alsacien de famille et de naissance, il avait pour la vieille Faculté de Strasbourg. Ici, comme partout où il était connu, il ne comptait que des sympathies et des amitiés, et sa mort laissera, parmi nous, un vide profond et d'immenses regrets.

A l'occasion du procès-verbal.

De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval.

M. E. Potherat. — Le rapport de M. Chauvel, sur les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, me fournit l'occasion de publier deux observations qui me sont personnelles, et que je n'ai pu produire dans la discussion soulevée au Congrès de chirurgie de 1897, auquel elles avaient été tout d'abord destinées.

C'est donc principalement à titre documentaire que je vous les apporte et non pour rouvrir la discussion engagée dans la dernière séance. Voici ces observations :

La première en date remonte au 17 février 1893. Vers 11 heures du soir, j'étais appelé à l'hôpital Cochin par l'interne de garde auprès d'un homme de vingt-sept ans environ qui, à 1 heure de l'après-midi, dix heures auparavant par conséquent, avait reçu dans le ventre, au niveau de la paroi antérieure, un coup de pied de cheval. Le coup avait été assez violent pour que l'homme ait été projeté à terre, en arrière et fût tombé sur son séant.

Quelques minutes après ce coup, le blessé fut pris de vomissements alimentaires qui lui firent rejeter son déjeuner pris environ deux heures auparavant. Apporté à l'hôpital vers 8 heures du soir, il n'a pas, depuis son entrée, présenté de nouveaux vomissements alimentaires ou autres. Il n'a pas uriné, n'en éprouve pas le besoin, et n'évacue par cathétérisme que quelques grammes d'urine, ne contenant d'ailleurs pas traces de sang. Il n'y a pas eu d'évacuations alvines ni gazeuses.

Au palper, le ventre accuse un léger météorisme, une douleur vive, vive surtout autour de l'ombilic et plus particulièrement vers la droite.

Il n'y a ni ecchymose, ni lésion cutanée même légère. Le facies est peu modifié; peut-être les traits sont-ils un peu tirés, mais il n'y a pas le vrai facies péritonéal.

La température prise à plusieurs reprises a varié entre 37 degrés et 37°,4, les extrémités sont chaudes; le pouls est plein, régulier, à 88 environ par minute.

En somme, l'examen local, d'une part, l'aspect général, d'autre part, ne présentaient rien de vraiment alarmant, et cependant je n'hésitai pas à me prononcer en faveur de l'intervention chirurgicale, et cela pour des raisons de principe et des raisons de fait.

Mes raisons de principe étaient : un coup très violent, et un coup de pied de cheval, qui agit toujours dans des conditions particulières; d'autre part, ce fait que le sujet avait été frappé peu après avoir mangé, alors que l'intestin était dilaté par la digestion.

Mes raisons de fait consistaient en ceci : qu'en explorant la paroi abdominale avec attention, j'avais constaté que, sous la pression, cette paroi se contractait fortement; qu'en un mot, elle était dans cet état de *vigilance,* qui, pour moi, indiquait, à n'en pas douter, qu'il y avait une solution de continuité du tube digestif. En outre, la percussion, très sonore en avant, partout, était d'un timbre sourd dans les flancs, en bas.

Je fis part au malade de l'urgence qu'à mon avis il y avait à lui ouvrir le ventre, et avec son assentiment, je fis, sous le sommeil chloroformique et avec l'assistance de l'interne de garde et de deux de ses collègues, la laparotomie, à 11 h. 1/4, laparotomie médiane, sous-ombilicale.

Dès que le péritoine fut ouvert, je vis s'écouler en abondance un liquide lactescent, chyleux, rappelant assez bien l'aspect de l'huile de ricin en émulsion. Ce liquide était répandu dans tout le ventre et baignait les anses intestinales. Il n'y avait d'ailleurs pas de sang. Je lavai d'abord à grande eau stérilisée chaude, le ventre, puis j'évacuai le liquide injecté, enfin je me mis à dérouler l'intestin, sans toutefois l'éviscérer; bref à 30 centimètres environ du cæcum je trouvai sur l'intestin grêle, au niveau du bord libre et parallèlement au grand axe, une déchirure de plusieurs centimètres de longueur, déchirure totale ne saignant pas, mais par laquelle du liquide intestinal continuait à fluer. J'isolai la portion d'anse atteinte, j'en fis une toilette soigneuse et je suturai la rupture par un plan musculo-muqueux, puis par un plan séro-séreux à la Lembert, à l'aide de soie fine.

Je rentrai ensuite l'anse, fis encore quelques recherches, puis ne trouvant aucune autre lésion, je fis une nouvelle toilette du péritoine, et je refermai l'abdomen après en avoir assuré le drainage à la façon de Mickulicz. L'opération avait duré trois quarts d'heure. Soins ordinaire, repos, glace intus, champagne, puis lait.

Les suites de cette intervention furent d'abord excellentes; le drainage fut retiré au bout de quarante-huit heures, le malade alla à la garde-robe: il commençait à s'alimenter et déjà il était permis d'espérer qu'une guérison allait survenir, quand, à la fin du cinquième jour, des phénomènes abdominaux graves (vomissements, douleurs vives) écla-

tèrent brusquement, accompagnés d'altération des traits, de refroidissement, de petitesse du pouls, et furent rapidement suivis du collapsus et de la mort.

L'autopsie fut faite par les élèves de mon collègue et ami M. Schwartz, dans le service duquel le malade avait été placé. Elle montra que la suture que nous avions pratiquée avait été efficace et que la solution de continuité avait été définitivement oblitérée; mais elle permit de découvrir, sur la 3e portion du duodénum, à la face postérieure, vis-à-vis de la colonne vertébrale, une petite perte de substance à l'intestin, constituant une ouverture taillée à l'emporte-pièce, et qui avait été la cause des accidents terminaux.

Quelle pouvait être l'origine de cette perte de substance? Une rupture causée par le traumatisme et ayant échappé à mes recherches au cours de la laparotomie? Je ne le crois pas, et en raison de la forme même de cette ouverture, et parce que aucun accident n'en était résulté pendant cinq jours.

Je suis beaucoup plus disposé à admettre que, dans le choc résultant du coup de pied, le duodénum, organe relativement fixé, ne pouvant fuir, et cependant violement refoulé, est venu frapper la colonne lombaire, qu'il en est résulté une contusion violente, provoquant une ischémie localisée et une mortification partielle, qui, s'éliminant le cinquième jour, avait ouvert l'intestin. Ce n'est là qu'une hypothèse mais une hypothèse qui me paraît des plus plausibles, et bien capable de rendre compte de ce fait exceptionnel.

J'arrive de suite au deuxième cas que j'ai observé plus récemment :

Le 28 avril 1897, j'étais appelé, à 5 heures du soir, dans le service de M. le professeur Le Dentu, à Necker, pour un homme de quarante-trois ans, charretier, qui, au moment où il marchait à côté de ses chevaux, reçut de l'un d'eux un coup de pied violent qui l'atteignit en plein milieu de l'abdomen.

Il était alors 1 heure de l'après-midi; il y avait environ une heure et demie que cet homme avait pris son repas.

Transporté presque immédiatement à Necker, ou aurait constaté à son arrivée les phénomènes suivants : facies anxieux, visage cyanosé, mains bleuâtres, température, 35°,5; un pouls petit, fréquent, dissocié; du hoquet, des nausées, mais pas de vomissements; une certaine tendance au collapsus.

Toujours est-il que lorsque je vis moi-même le malade, quatre heures après l'accident, ces phénomènes alarmants avaient à peu près totalement disparu. Le visage avait un aspect normal, la respiration était calme; le pouls régulier, plein, n'était pas très fréquent; il n'y avait

aucun phénomène ni de cyanose ni de refroidissement. Le blessé déclarait ne pas souffrir beaucoup. La vessie contenait une notable quantité d'urine, pas de sang.

A l'examen du ventre, on voyait nettement l'empreinte du coup de pied de cheval, dans la région ombilicale; il y avait à ce niveau une forte extravasation sanguine se traduisant par une tuméfaction avec coloration bleuâtre. A ce niveau, le palper est très douloureux, il provoque de la révolte du muscle grand droit du côté droit. Le reste de l'abdomen est peu douloureux; le ventre est partout sonore, sans météorisme.

Les phénomènes étaient, en somme, ceux d'une forte contusion des parties molles de la paroi antérieure de l'abdomen, sans que rien pût faire présumer une lésion viscérale. Aussi hésitai-je d'abord à intervenir; mais, me rappelant que le coup avait été très violent, qu'il s'agissait d'un coup de pied de cheval, et surtout que le sujet avait été frappé en pleine digestion, mes hésitations cessèrent; je conclus en faveur de la laparotomie à laquelle, avec l'assentiment du malade, je procédai de suite.

Je la fis médiane, au niveau de l'ombilic, après anesthésie avec l'éther. Je tombai de suite en plein foyer hémorrhagique formant caillot avec sang épanché dans la gaine des muscles droits et jusque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. A l'ouverture du péritoine, il ne s'écoula pas le moindre liquide, de quelque nature que ce soit; les anses intestinales se présentaient avec leur coloration, leur distension habituelles, et déjà les aides qui m'assistaient concluaient à une absence de lésion. Je ne voulus pas cependant refermer le ventre sans avoir introduit une éponge montée sur une pince, jusque dans l'excavation pelvienne; bien m'en prit, car je la ramenai, une, puis plusieurs fois, teintée de sang. Donc, il y avait au moins une lésion vasculaire qu'il s'agissait de découvrir. Pour cela, partant du cæcum, je me mis à dévider l'intestin sans éviscération; je fus ainsi amené à reconnaître sur une anse intestinale en un point situé à environ 1 mètre du duodénum, et vis-à-vis de l'hématome de la paroi, d'abord une abondante extravasation sanguine, fluant légèrement au dehors, infiltrée entre les deux feuillets du mésentère. Ayant alors essuyé doucement l'intestin avec une éponge, je vis aisément une rupture longitudinale, siégeant au niveau du bord libre, longue de 6 centimètres environ; cette rupture intéressait la séreuse et la musculeuse en totalité, et partiellement la muqueuse qui paraissait cependant former encore une paroi d'une très grande minceur presque continue. Je suturai d'abord cette rupture à l'aide de deux plans de suture à la soie très fine; j'épongeai ensuite avec soin le sang épanché dans le ventre et entre les anses intestinales, je continuai mes recherches en remontant vers le duodénum et, n'ayant trouvé aucune autre lésion, je refermai complètement l'abdomen.

Diète : opium, champagne; repos absolu.

Les suites opératoires furent des plus simples; la température la plus haute fut de 37°,5 le cinquième jour; le pouls n'alla pas au delà de 72 par minute; il y eut une réunion par première intention de la paroi

abdominale ; et le malade opéré le 28 avril, quittait l'hôpital le 19 mai, en parfait état de santé. A quelque temps de là, il éprouva quelques douleurs abdominales pour lesquelles il revint consulter dans le service où il avait été soigné. On ne trouva à l'examen rien d'anormal, et d'ailleurs, ces douleurs furent fugaces, et la guérison peut être considérée comme certaine et définitive.

Tels sont mes deux faits; le même traitement appliqué aux deux cas a été suivi dans l'un de guérison, dans l'autre de mort. Et peut être m'objectera-t-on que le malade qui a guéri avait une lésion moindre et qu'il eût pu guérir spontanément par l'opium, la diète, le repos absolu ; tandis que l'autre, plus gravement atteint a succombé malgré l'intervention. A cette objection, il est facile de répondre.

D'abord un premier fait se dégage, capital en l'espèce, c'est que la laparotomie n'a aggravé en rien la situation des deux blessés. En admettant qu'elle ne soit pas la cause de la guérison du second malade, ce qui serait difficile à admettre, elle ne l'a pas empêché de guérir, du moins. Il en est d'ailleurs de même pour le premier malade. Après la laparotomie, les phénomènes inquiétants cessent, la vie se ranime, la guérison s'accuse, quand éclate brusquement la catastrophe. Mais celle-ci est indépendante de la laparotomie; sans doute l'opération n'a pas empêché la perforation secondaire ; mais elle ne le pouvait pas, et personne ne soutiendrait avec une apparence de raison que cette survie de cinq jours aurait eu lieu avec un traitement médical laissant béante une plaie continuant à déverser le contenu de l'intestin dans le péritoine déjà souillé de toutes parts par un épanchement septique. Il est au contraire bien probable que, sans cette lésion anormale exceptionnelle, de mortification, qui, par son siège et surtout sa nature, devait forcément échapper aux recherches, ce malade, grâce à la laparotomie, grâce à la toilette de son abdomen, grâce à l'oblitération de sa rupture intestinale, aurait guéri.

Et je terminerai par cette conclusion que, dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, surtout lorsqu'elles surviennent pendant le travail de la digestion, la laparotomie s'impose, qu'elle doit être pratiquée dans tous les cas, alors même qu'il n'existe aucun phénomène indiquant une lésion viscérale et sans attendre l'apparition de ce phénomène. Seule, la mort absolument imminente, doit faire renoncer à l'intervention.

L'incision sera médiane, courte, exploratrice, puis agrandie suivant les besoins pour permettre les recherches et faciliter les actes opératoires à effectuer. Il est préférable d'éviter l'éviscération, qui me paraît aggraver le pronostic de l'intervention, et qui n'est pas indispensable pour la recherche des lésions viscérales,

M. Hartmann. — Au cours de la dernière séance, j'ai soulevé un tolle général, lorsque j'ai dit qu'*en présence d'une contusion de l'abdomen*, je considérais, *en l'absence de tout autre symptôme*, chez un malade même très bien portant, venant à pied à l'hôpital, *l'existence d'une contracture de la paroi, non limitée au point contus, comme l'indication nette d'une laparotomie immédiate*. Certes, je n'ai pas cru trouver un symptôme nouveau des contusions abdominales; ce que j'ai dit, c'est qu'il me semblait que la constatation seule de ce symptôme constituait une indication à l'opération immédiate. Au premier moment, j'ai cru que je ne faisais que répéter une indication donnée par tout le monde.

Après la discussion qui eut lieu et après lecture des travaux antérieurs, je crois aujourd'hui que ce principe de l'indication opératoire, commandée par le seul fait de l'existence d'une contracture telle que je l'ai décrite, n'a guère été posé d'une manière précise.

M. Jalaguier décrit la contracture de la paroi dans son remarquable article du *Traité de chirurgie;* mais il la mentionne au milieu d'une série d'autres symptômes, sans en faire une indication immédiate, en l'absence de tout autre symptôme.

M. Routier a parlé du ventre en bois de l'appendicite, avec péritonite généralisée, qui n'est pas de la question. Je parle de la contracture de la paroi existant au début, avant toute inflammation péritonéale.

M. Michaux, en 1895, ici même, dit bien que dans les contusions de l'abdomen « le ventre est plutôt rétracté », mais il ajoute : « il n'existe, dans les premières vingt-quatre heures, aucun signe certain, aucun type clinique, dénotant une lésion viscérale grave » (1).

M. Guinard, en 1896, parle « de la sonorité préhépatique, et de la rétraction avec contracture des muscles de la paroi »; dans quelques observations, il mentionne le ventre en bois; mais il ajoute : « malheureusement, ces symptômes manquent dans bon nombre de cas » (2).

Aussi arrive-t-il à cette conclusion que « la clinique est impuissante à nous donner le diagnostic », et en 1897 comme en 1896, il conclut à la nécessité de pratiquer « une boutonnière exploratrice » (3).

M. Chaput, qui en 1895, ici même, avait décrit la violence de la contracture des parois abdominales (4), insiste en 1896, au Con-

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 200.
(2) *Congrès français de chirurgie*, 1896, p. 448.
(3) *Ibidem*, 1897, p. 156.
(4) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 230.

grès de chirurgie, « sur l'inconstance des signes de perforation et la faillite de la clinique (1) ».

Dans la discussion de l'an dernier au Congrès de chirurgie, MM. Moty, Tachard, Doyen, Février, Riobanc ne soufflent mot de la contracture de la paroi. MM. Nimier, Tédenat la mentionnent, mais en même temps que d'autres symptômes de péritonite généralisée, la voix cassée et le hoquet. Seul le rapporteur, M. Demons, me semble lui avoir donné une place considérable. « Ce symptôme dénote, si je suis bien informé, une lésion viscérale certaine (2) ».

Aussi, en pratique, voit-on qu'il n'y a aucune règle précise, on parle de « tact opératoire », de « groupement de symptômes », etc., et suivant le tempérament du chirurgien, on arrive à une conclusion différente. Les uns s'en tiennent à ce qu'on a décoré du nom « d'expectative armée », et voient leurs malades succomber à la péritonite; les autres, comme M. Delorme, recourent systématiquement à la laparotomie immédiate, et s'exposent à des opérations inutiles.

La discussion qui a terminé la dernière séance a montré, du reste, que l'accord était loin d'être fait sur la valeur de la contracture, comme indication de l'opération immédiate.

J'ai dès lors pensé qu'il était utile d'apporter, en quelques mots, le résultat de l'examen de dix malades, que nous avons suivis cette année, mon élève Gosset ou moi-même.

Dans 7 cas, il s'agissait de contusions de l'abdomen; dans trois tentatives de suicide, la balle, tirée obliquement, avait perforé l'hypochondre gauche, et l'on ne pouvait savoir s'il y avait ou non lésion intra-abdominale.

Dans ces 10 cas, nous fondant uniquement sur l'existence ou l'absence de contracture, nous avons pris notre décision.

7 fois nous sommes intervenus, 7 fois il y avait lésion d'un organe intra-abdominal, 3 éclatements du foie, une rupture de la mésentérique, une rupture de l'intestin grêle, une plaie de l'estomac; 3 fois nous nous sommes abstenus, les 3 malades ont guéri sans incident.

10 cas, c'est peu, mais nous comptons, l'an prochain, vous apporter les observations que nous pourrons recueillir personnellement, et vous dire si les résultats obtenus confirment ou infirment notre opinion actuelle, sur l'indication de la laparotomie immédiate dans les traumatismes abdominaux.

M. Delorme. — Aujourd'hui comme naguère, je ne suis pas partisan de la laparotomie immédiate sans restriction dans les

(1) *Congrès français de chirurgie*, 1896, p. 450.

(2) *Ibidem*, 1897, p. 73.

contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. Je voudrais pouvoir pratiquer une laparotomie dans toute contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval avec *rupture* de l'intestin; mais, en raison de la fréquence des cas qui ne sont pas compliqués de rupture et, d'autre part, de l'absence d'un signe primitif précis, j'attends l'apparition d'un ensemble de signes qui par eux-mêmes, n'ont pas une valeur absolue, mais qui, par leur groupement, en ont davantage, pour me résoudre à l'intervention.

Les faits que, depuis vingt ans, j'ai observés à l'Hôpital militaire du Camp de Châlons semblent parler en faveur de cette pratique. Sur une dizaine de contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, je ne suis intervenu qu'une fois. Plusieurs collègues auxquels j'ai demandé, depuis la publication de la thèse de M. Mindy, des renseignements au sujet des résultats de l'expectation dans cette variété de contusion de l'abdomen, m'ont affirmé qu'ils n'avaient pas eu à intervenir, sans avoir à regretter leur abstention.

A propos de la valeur du signe sur lequel vient à nouveau d'insister M. Hartmann, je dirai que, comme M. Reclus, j'ai constaté la présence plus ou moins fugace de la contracture de la paroi du ventre chez des blessés qui ont guéri, sans complication comme sans intervention, et que, dans des cas de contusions graves, cette contracture manquait. C'est donc là, suivant moi, un signe précieux, mais dont l'importance n'est pas absolue.

M. Broca. — Si l'on attendait, pour opérer, un ensemble symptomatique spécial je crois qu'on serait souvent en défaut. Je le dis parce que j'y ai été pris il y a quelques années. J'avais été appelé d'urgence, comme chirurgien de garde, dans le service de M. Reclus, auprès d'un homme qui, juste après son repas, avait été frappé d'un coup de pied de cheval à l'épigastre. L'accident avait quatre à cinq heures de date. La contusion, l'homme étant à petite distance du cheval, ne me parut pas avoir été très violente; le malade, d'ailleurs, était venu à pied à l'hôpital; son pouls était plein, régulier, normal; il se trouvait bien mieux depuis qu'il était au repos; je ne trouvai aucun signe local, aucun symptôme suspect. Je m'abstins, et, le lendemain matin, en présence d'accidents de péritonite, M. Reclus fit la laparotomie : le côlon transverse était complètement sectionné et le malade mourut. En m'abstenant, j'ai donc commis une faute, et c'est ce que je désirais dire.

M. Hartmann. — Je ne veux répondre qu'un seul mot. Je n'ai jamais eu l'intention de viser la statistique de M. Delorme. Autre-

fois, il était partisan plus convaincu de la laparotomie; il l'est moins maintenant. Il serait à désirer que nous établissions une statistique, pendant cette année, des cas où l'opération sera faite ou non. Cette statistique, très sérieuse, serait très utile.

M. Delorme. — Je ne puis laisser passer la réponse de M. Hartmann sans dire un mot. J'avais dit certes, autrefois, que j'étais partisan de la laparotomie en principe, mais pour intervenir, je déclarais qu'il fallait que j'y fusse poussé par un ensemble de symptômes.

Discussion.

Sur le traitement chirurgical de la névralgie faciale

Deux observations de résection du nerf maxillaire inférieur suivies de la destruction du ganglion de Gasser. (Présentation des opérés guéris).

M. Gérard Marchant. — J'ai pratiqué dans ces derniers mois deux résections du nerf maxillaire inférieur suivies de la destruction du ganglion de Gasser et je profite de la communication de M. Guinard pour vous relater ces deux faits et vous présenter en même temps ces opérés.

Obs. I. — L... (Antoine), soixante-treize ans, ébéniste. Entré à Tenon, salle Lisfranc, le 17 février 1898.

Antécédents héréditaires. — Rien dans les antécédents héréditaires. Les parents sont morts de vieillesse, et n'ont pas présenté d'accidents d'ordre nerveux. Pas de rhumatisme. Pas de tuberculose.

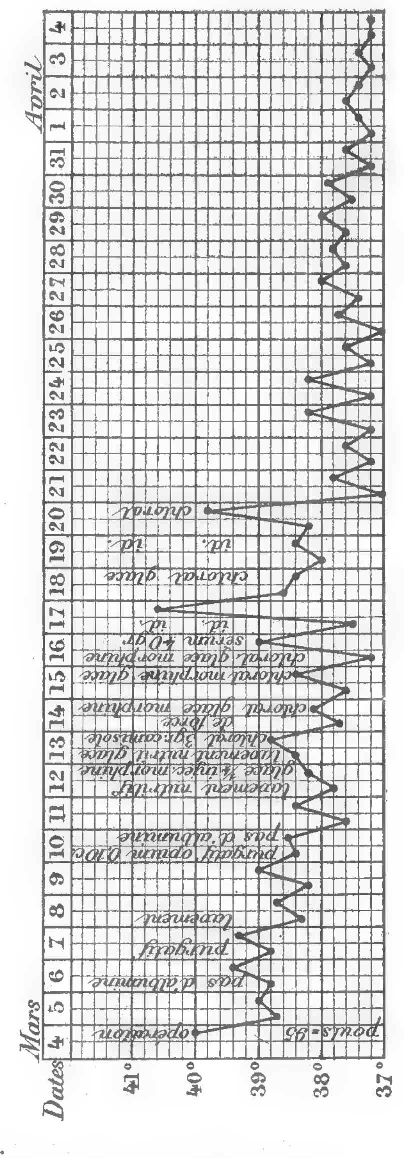
Antécédents personnels. — N'a *jamais* été malade ; a eu toutefois, dans l'enfance, une affection sérieuse, l'ayant mis pendant quelques jours en état de coma. Pas de blennorrhagie; pas de syphilis.

Marié; femme bien portante. Une seule fille, vivante et bien portante.

Le début semble remonter à trente ou trente-cinq ans d'ici; pas de cause appréciable; c'étaient d'abord des élancements, des picotements survenant par crises, mais ces douleurs furent longtemps modérées, et se reproduisaient à intervalles très éloignés. Elles devinrent plus vives dans la suite, et le malade croyant avoir affaire à des douleurs d'origine dentaire se faisait, de temps à autre, arracher une dent; cette avulsion déterminait d'ailleurs un certain soulagement, mais six mois ou un an après, les douleurs reparaissaient sous la forme d'une crise nouvelle. Les dents enlevées ne présentaient aucune lésion.

Le malade, s'étant rendu compte de ce bon état de ses dents, renonça à se les faire enlever; les crises devinrent plus fréquentes depuis 1870, mais elles furent toujours à peu près supportables; elles duraient quelques minutes, et réapparaissaient tous les trois ou six mois.

Il y a quatre ans, le malade eut une série de crises très fréquentes et très douloureuses. Pendant près de trois mois, il avait plusieurs crises par jour (tous les quarts d'heure environ), suivies d'un calme parfait; la toux, la parole, un mouvement dans le lit, déterminaient des accès douloureux. Traité par le bromure de potassium, et ensuite, la période paroxystique un peu passée, par des pointes de feu sur les gencives supérieures. Amélioration pendant une année, puis reprise des accidents, avec intensité médiocre d'abord, et très grande ensuite. Depuis le mois d'août, malaise général, avec élancements, et le 10 octobre, le malade doit s'aliter et passe par une série de crises comme il en avait eu une il y a quatre ans. Celle-ci fut très pénible, réveillait plusieurs fois le malade la nuit, lui faisait redouter le moindre mouvement, et l'empêchait totalement de s'alimenter; il pouvait à peine avaler sa salive, et avait des crises douloureuses tous les quarts d'heure environ.



Le malade entre à Tenon le 17 février. Traité en ville par des granules, sans doute d'aconitine. Depuis son entrée ici, les douleurs sont manifestement atténuées; il y a encore une vingtaine de crises dans la journée, d'une durée de deux ou trois minutes, tout au plus.

Actuellement, le malade présente :

Peu de signes du côté du nerf ophtalmique. Le point palpébral, le point sus-orbitaire, le point nasal n'existent pas; on trouve toutefois le point naso-lobaire. L'œil pleure quelquefois après les crises. Du côté du

maxillaire supérieur, peu de choses également; pas de point sous-orbitaire; les points dentaires ne sont pas nets actuellement, mais l'ont été à plusieurs reprises, dit le malade.

Le *maxillaire inférieur* paraît surtout pris; le trajet de l'auriculo-temporal est très douloureux, même en dehors des crises; la tempe est très sensible au toucher. Rien du côté du lingual, mais points dentaires inférieurs et points mentonniens très apparents. Le point apophysaire de Trousseau (tubercule occipital externe) n'existe pas, et les 2e et 3e apophyses épineuses cervicales ont été parfois douloureuses, mais ne le sont pas en ce moment.

Thérapeutique jusqu'ici employée : *bromure* à hautes doses. *Granules* d'aconitine? Iodures de potassium et de sodium. Applications d'onguent mercuriel sur la région temporale. Rien n'ayant réussi, le malade, désespéré, désire et réclame une intervention.

La sensibilité tactile paraît indemne; le malade se rend parfaitement compte des coups d'épingle déterminés sur la partie gauche de sa face. Il n'accuse ni hyperesthésie, ni anesthésie, mais les sensations de chaud et de froid sont certainement émoussées.

Opération le 4 mars 1898. — Incision des parties molles. Sciage de l'arcade zygomatique à ses deux extrémités; mise à nu du plan temporal, sur lequel est appliquée une couronne de trépan, juste au-dessus de la crête temporale du sphénoïde. En décollant en haut la dure-mère, en ruginant en bas, on sent l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, et on peut faire pénétrer le crochet dans le trou ovale; ce crochet sert de guide pour faire sauter le pont osseux qui le sépare de la couronne de trépan.

Le nerf maxillaire inférieur est alors visible au fond de la plaie; on le saisit avec une pince et on le sectionne; il vient, accompagné d'un tronçon du ganglion de Gasser.

Le nerf maxillaire supérieur est à son tour saisi avec la pince, et on lui imprime un mouvement de torsion.

L'opération a duré environ 1 h. 20; l'hémorrhagie a été modérée. Sutures, pansement compressif.

Le soir, température 40 degrés, mais pouls très bon, et état général satisfaisant. La nuit a été bonne.

5 *mars*. — Température, 38°,8; malade tranquille, pouls à 85 environ; présente un peu d'œdème de la joue et de la paupière supérieure. L'œil est fermé : il y a une paralysie du moteur oculaire commun (opératoire ?).

La journée est bonne; le soir, 39 degrés. S'est alimenté suffisamment.

6 *mars*. — Nuit bonne. Urine : 1 litre environ, sans albumine. Pouls : 80. Ecchymose de la paupière supérieure.

7 *mars*. — Purgatif, car la langue est un peu saburrale. Le malade paraît un peu anxieux, il est isolé dans une chambre particulière. Température, 38°,8 le matin; 39°,6 le soir. Bonne alimentation. Un léger todd.

8 *mars*. — Température, 38°,4; langue toujours sale, un lavement

purgatif. Un léger délire est constaté, mais le malade répond aux questions qu'on lui pose et son délire est calme. L'alimentation est normale.

9 *mars.* — Température, 38°,4. Le délire s'est accusé dans la première partie de la nuit, mais la seconde moitié a été plus calme. La journée se passe moins bien que les précédentes; il s'alimente moins bien, mais il prend toutefois lait et potage.

10 *mars.* — Dans la nuit précédente, grande agitation vers le soir; on prévient l'interne de garde, qui ordonne 2 grammes de chloral en potion. Le calme revient un peu; température, matin, 38°,3; soir, 38°,5. Délire à peu près continu, et, entre les accès, sommeil léger.

Refus d'alimentation. On lui donne toutefois du lait et du bouillon. Café et todd. Opium. 2 grammes d'extrait thébaïque. Purgatif.

11 *mars.* — Température, 37°,6; soir, 38°,2. Journée mauvaise; le malade refuse tout aliment et on doit lui faire violence. Le pouls ne présente pas d'anomalies. *Extrait thébaïque,* 2 centigrammes. Le malade va régulièrement à la selle et urine environ 800 grammes *sans albumine.*

12 *mars.* — Température, 37°,8 matin; soir, 38 degrés. Agitation toujours vive; 3 grammes chloral; alimentation toujours difficile.

15 *mars.* — L'agitation continue. Chloral, glace sur la tête, morphine. Sérum artificiel.

18 *mars.* — On a jugé bon d'isoler le malade d'une façon plus complète; à partir de ce jour, amélioration nette et rapide. La température reste encore élevée.

22 *mars.* — La température est tombée depuis hier; elle est de 37°,5 en moyenne.

30 *mars.* — L'amélioration continue, le malade divague toujours, mais il n'a plus d'agitation, et on le lève.

2 *avril.* — Son état mental est meilleur; plus de fièvre; il se nourrit assez facilement.

12 *avril.* — Le malade sort; il mange bien, raisonne à peu près et ses crises n'ont pas reparu depuis le jour de l'opération.

1er *juin.* — Le malade revient; il jouit de toutes ses facultés mentales, n'a pas eu l'ombre de souffrances depuis l'intervention et son état général est très satisfaisant. Il remercie de l'intervention qui lui fut pratiquée. La guérison est aujourd'hui absolue et la paralysie du moteur oculaire commun a complètement disparu.

Obs. II. — N... (J.). cinquante-trois ans, fleuriste, entrée le7 juillet 1898, salle Richard Wallace, n° 2.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Rougeole et varicelle dans l'enfance; ni rhumatisme ni syphilis.

La névralgie faciale droite, qui amène la malade à l'hôpital, a débuté il y a quatorze ans, sans cause appréciable. Les crises douloureuses se produisaient d'abord deux ou trois fois dans la journée; puis, progressivement elles sont devenues plus fréquentes, plus persistantes, durant plusieurs minutes et se reproduisant dix à quinze fois par jour, et

davantage. La nuit, la malade est souvent réveillée en sursaut par l'apparition d'une crise.

Au début, les douleurs s'accompagnaient de contracture passagère de la face, comme dans le tic douloureux véritable. Mais depuis longtemps les contractures ont disparu, sauf au niveau de l'orbiculaire, dont la contraction ferme les paupières de l'œil droit, au moment des douleurs violentes.

Le siège de la douleur était au début la région périostitaire et le front; puis il a occupé la région temporale, parfois le cuir chevelu sur le territoire des nerfs sus-orbitaires. Dans ces derniers temps, quoique les douleurs se produisent souvent dans ces diverses régions, elles occupent plus particulièrement la région molaire, la moitié droite des lèvres supérieure et inférieure; c'est là aussi qu'elles sont le plus violentes. Au moment des crises ces parties sont hyperesthésiées au point que le moindre effleurement de la peau est insupportable.

Parfois la crise névralgique s'accompagne d'hypersécrétion salivaire et lacrymale, surtout de l'œil droit.

Le traitement médical a été institué dès le début; tous les médicaments calmants ont été employés : chloroforme, antipyrine, quinine, aconit, pulvérisation de chlorure de méthyle, laudanum, bromure de potassium, sans amener autre chose qu'un soulagement momentané et souvent bien peu appréciable. Toutes les dents du maxillaire supérieur ont été successivement enlevées, quoique parfaitement saines, et sans amener de soulagement.

Depuis deux mois, la situation a au contraire empiré. Les douleurs sont continues, avec des exacerbations violentes et des rémissions incomplètes; le sommeil est troublé. La situation de la malade est si pénible qu'elle exige une intervention, quelle que puisse être sa gravité.

15 *juillet.* — Opération par M. Gérard Marchant. Ethérisation. Incision partant en avant du tragus et montant verticalement jusqu'à la région temporale, où elle se coude à angle droit pour se diriger horizontalement en avant jusqu'au voisinage du bord orbitaire, où, par un nouveau coude à angle droit, elle descend verticalement jusqu'à la région molaire. Le lambeau ainsi limité est récliné en bas. L'arcade zygomatique est sectionnée à ses deux extrémités; le temporal, détaché de ses insertions et la paroi osseuse de la fosse temporo-sphénoïdale mise à nu, elle est trépanée à sa partie inférieure, au voisinage de la base du crâne, de façon à permettre l'introduction du doigt aisément. La dure-mère de la base est décollée; le cerveau est soulevé par un aide, pour permettre au doigt d'atteindre dans le crâne le trou ovale et le ganglion de Gasser.

Un crochet est introduit dans le trou ovale de bas en haut, pour servir de repère. Le nerf maxillaire inférieur est coupé, et le ganglion de Gasser détruit dilacéré avec une curette. Le nerf maxillaire supérieur est saisi avec une pince de Kocker, et tordu.

Ligature des vaisseaux. Sutures à la soie, du crotaphyte. Sutures de la peau. *Un drain est laissé dans la partie postérieure de la plaie pour drainer la fosse ptérygoïdienne.*

17 *juillet.* — Température, 37°3.

La malade se plaint de douleurs de tête. Son état général est bon.

21 *juillet.* — Léger œdème des paupières de l'œil droit.

Le pansement est enlevé; à la partie antérieure de la plaie, la peau est rouge et œdématiée; les fils enlevés, la plaie est désunie à ce niveau et il s'écoule de la sérosité. Un petit drain est placé dans l'orifice. Le reste de la plaie est réuni par première intention et le drain est enlevé.

La malade ne souffre plus de névralgie, les douleurs de tête dues au traumatisme ont cessé.

L'état général reste excellent. Voici la note remise par la malade ce matin 26 octobre 1898.

« Avant l'opération, je souffrais horriblement. Les douleurs que je ressentais sont disparues depuis.

« Cependant, par moments, lorsque j'ouvre la bouche ou que je touche la lèvre supérieure, je ressens encore une petite douleur qui prend de la lèvre et va jusqu'au nez, parfois jusqu'à l'œil. Cette douleur n'est pas continue, *car il y a des jours où je ne ressens aucun mal.* »

Au point de vue opératoire, je n'ai rien à ajouter à ce que je vous ai communiqué ici, en juillet 1895, et à ce que j'ai écrit dans un mémoire publié en collaboration avec Herbet (*Revue de Chirurgie*, avril 1897).

La pénétration dans le crâne par la voie temporo-sphénoïdale (*Doyen*), la recherche du trou ovale par le procédé si précis, si anatomique de *Quénu-Sébileau*, la destruction par la pince-gouge de Lannelongue de la portion osseuse intermédiaire à la brèche temporale et au trou ovale, la découverte et la saisie du nerf maxillaire inférieur, qui comme le fil d'Ariane conduit jusque sur le ganglion de Gasser, telles sont les étapes de cet acte opératoire dont les détails ont été minutieusement étudiés par Poirier.

A l'heure actuelle, j'ai pratiqué cinq fois la résection du nerf maxillaire inférieur avec destruction du ganglion de Gasser, et je suis convaincu de l'importance de cet acte opératoire.

Vous me direz : « Vous *détruisez* le ganglion de Gasser, et cherchez à le *dilacérer*, mais cette opération n'a pas la valeur d'*une extirpation totale.* » Cette objection n'a pas toute la portée qu'on pourrait lui supposer : au point de vue thérapeutique cela suffit, et la gravité opératoire est bien moindre ; je reste convaincu, en effet, que, dans cette opération, il faut faire le minimum de délabrement, aller par un chemin sûr, mais étroit, suffisant pour le passage du doigt et de l'instrument jusqu'au ganglion ; je crois que cette *parcimonie* dans l'acte opératoire rend moins meurtrière cette intervention.

Nous avons longuement étudié dans le mémoire déjà cité les

complications oculaires et le moyen de les prévenir. M. Guinard a sagement fait de revenir sur ce point.

Un de mes opérés (obs. I du mémoire) est aujourd'hui atteint d'une atrophie papillaire qui a commencé du côté de la résection et s'est montrée peu à peu du côté opposé. « Au moment où j'étais heureux de vivre, débarrassé de mes douleurs, je deviens aveugle », me disait tristement l'opéré. Cette complication est-elle inhérente à l'opération ? M. Abadie, qui a examiné le malade, ne le croit pas, mais c'est là un chapitre qu'il ne faut pas fermer.

Ce même opéré a une déformation des plus prononcées de la région temporale, se traduisant par un enfoncement de la tempe, à loger une grosse noix. La peau est plaquée contre les parties profondes adhérentes à l'os. Cette difformité consécutive est à considérer.

J'ai entendu, avec plaisir, M. Guinard insister sur la réserve prudente avec laquelle il fallait proposer cette opération. Ne sont-ce pas les conditions déjà formulées dans le mémoire cité : « Lorqu'une névralgie a atteint les trois branches du trijumeau, qu'elle a résisté à toutes les méthodes thérapeutiques médicales variées, *successivement*, *patiemment* et *longuement essayées;* que même les procédés chirurgicaux simples, tels que les sections ou résections portant sur les branches terminales nerveuses sont restées infructeuses... c'est dans ces conditions qu'on sera autorisé à proposer une intervention portant sur le ganglion de Gasser. »

M. A. Guinard. — Je constate d'abord avec une véritable satisfaction que les conclusions qui terminent mon mémoire ont été adoptées sans réserve par tous les orateurs qui ont pris la parole sur ce sujet. A ce propos, je répondrai de suite à une observation qui m'a été faite. On a pu s'étonner du nombre relativement élevé de mes observations. La névralgie faciale rebelle à tout traitement médical ne se rencontre pas très communément. Si j'en ai soigné neuf en aussi peu de temps, cela tient à l'obligeance et à la bienveillance de mes maîtres, de mes amis et de mes collègues qni m'ont adressé leurs malades, sachant que je m'occupais avec intérêt de cette question. Il est bien satisfaisant de constater que lorsqu'on travaille un sujet quel qu'il soit, les matériaux arrivent de tous les côtés sans qu'on les cherche. C'est ce qui explique pourquoi ma pratique est relativement importante dans l'espèce. De l'unanimité avec laquelle tous les orateurs ont admis comme règle absolue, la pratique que je conseillais et qui consiste à commencer par les opérations les plus bénignes avant d'arriver à l'extirpation du ganglion de Gasser, il ne faut pas conclure que

c'est là un précepte vulgaire et accepté par tous les chirurgiens. On a écrit maintes fois, au contraire, que c'est par cette dernière intervention qu'il fallait toujours débuter dans le traitement chirurgical des névralgies faciales sans s'attarder aux opérations extra-craniennes. Il n'était donc pas inutile de bien préciser, au contraire, que des opérations aussi innocentes que la résection du rebord alvéolaire, ou la résection du ganglion de Meckel et du nerf maxillaire supérieur, pouvaient parfois être très efficaces. Je reprends chacune des trois opérations dont j'ai parlé pour revenir sur quelques détails.

Pour la résection du rebord alvéolaire, M. Potherat nous parle d'un malade qui, trois mois après cette opération, avait une récidive complète. Mais je remarque que le patient a été opéré sur un fauteuil, sans anesthésie; je crois qu'il faut absolument endormir en pareil cas pour faire une résection suffisamment complète et étendue. Quant à M. Reynier, je ne saurais souscrire à son opinion quand il nous dit que nos malades ont eu de l'ostéite hyperostosante et sont édentés parce que cette ostéite a expulsé les dents. Il n'a qu'à se reporter à mes observations pour voir qu'il ne s'agit pas de sujets jeunes. Mes malades avaient de cinquante-un à soixante-quinze ans; celui de M. Gérard Marchant, soixante-treize ans; un seul avait quarante ans. Non seulement il n'y a pas d'hyperostose chez ces édentés, mais le rebord alvéolaire est comme atrophié; la muqueuse est lisse et amincie, et pour tout dire, les dents n'ont jamais été malades. Les dents ne sont pas tombées : elles ont été arrachées saines sans qu'il y ait jamais eu la moindre ostéite. Je suis donc, à cet égard, absolument de l'avis de M. Reclus; l'âge n'a rien à voir dans la question qui nous occupe, et la névralgie des édentés est tout autre chose.

Pour l'opération de Lossen-Braun, deux petits points de technique ont été signalés par M. Potherat. Il a raison d'insister sur la direction à donner au crochet pour aller charger le nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou grand rond; mais qu'on ne s'y fie pas. C'est bien rarement du premier coup qu'on arrivera à saisir le nerf : on pêche en eau trouble et je conseille de diriger le crochet à l'aveuglette dans tous les sens. Le tissu cellulo-adipeux de l'orbite dont parle M. Potherat me paraît négligeable. En restant dans le fond de la fosse avec le crochet, on ne risque pas d'y toucher et je ne vois aucun organe qu'il soit dangereux de léser dans cette petite fosse limitée par du tissu osseux solide.

M. Potherat préfère couper l'arcade zygomatique en avant avec la scie à chaîne. J'avais conseillé la pince coupante qui me paraît plus pratique. La scie à chaîne se stérilise mal, se casse souvent

et n'est pas facile à manœuvrer. Il est vrai qu'elle donne une section plus plane et plus nette. Mais est-ce bien nécessaire? Et ne vaut-il pas mieux avoir deux surfaces osseuses irrégulières pour assurer ensuite l'application des parties? Ce sont là des détails et je suis heureux de n'être en désaccord avec mon ami Potherat que pour d'aussi peu importantes particularités.

Avec M. Schwartz, nous arrivons à l'extirpation du ganglion de Gasser. Qu'on me permette de dire combien j'ai été heureux d'avoir son approbation entière : son grand sens clinique est unanimement apprécié parmi nous. Je connaissais comme lui le mémoire de M. Depage, de Bruxelles, qui a montré combien chez les dolichocéphales, l'opération est plus difficile que chez les brachycéphales. J'avais cru pouvoir n'en pas parler : car il faut bien dire que pour la pratique cette intéressante remarque n'a pas une bien grande importance. On ne choisit pas ses sujets. Si votre malade est brachycéphale, vous n'y pouvez rien : et force est bien d'opérer les malades quand il le faut, quelle que soit la forme de leur crâne.

Quant à l'insuccès navrant que M. Schwartz a eu après son opération si heureusement conduite, je crois qu'il ne saurait entrer en ligne de compte. Le cas était complexe : il y avait eu une tumeur de la parotide; le ganglion de Gasser ramolli n'a pu être extirpé qu'en trois morceaux. Qui peut dire si les accidents ultérieurs ne sont pas dus à une tumeur profonde? L'avenir seul peut répondre. Les deux observations de M. Gérard Marchant sont plus probantes et la guérison est remarquable. Sur 5 malades, il en a 4 absolument guéris. C'est vraiment plus qu'encourageant.

Avec la résection du nerf sous-orbitaire, M. Schwartz a eu des succès moins prolongés que les miens. Mais qu'il me permette une remarque. Il a toujours opéré par la voie antérieure, par le plancher de l'orbite, arrachant le nerf par torsion. Je répète que j'ai toujours, au contraire, abordé le trou grand rond par la voie latérale, par la voie de Lossen-Braun-Segond. Pour moi, c'est un point capital, parce qu'on est sûr, en coupant le nerf maxillaire supérieur, de vider complètement la loge sphéno-maxillaire; on est sûr de détruire le ganglion de Meckel et les filets dentaires postérieurs. Qu'on ne craigne pas de tout enlever : les vaisseaux ne saignent pas ou saignent peu. Je n'ai jamais fait la moindre ligature d'aucune artère au cours de toutes mes opérations.

En somme, ce ne sont là que des divergences très légères et je répète, en terminant, qu'en règle générale, il faut commencer par toutes les opérations bénignes avant d'en arriver à l'extirpation

du ganglion de Gasser, opération très faisable, mais toujours grave, quoi qu'on en ait dit.

M. Reynier. — Je voudrais prendre la parole au sujet de ce qu'a dit M. Guinard; il me prête une opinion qui n'est pas précisément celle que j'ai énoncée. Il n'a, pour s'en assurer, qu'à lire le Bulletin de la dernière séance de la Société.

Quand j'ai parlé de la névralgie des édentés, qui est une affection bien connue qui a été décrite par nos anciens maîtres Gosselin, Després, j'ai dit que cette névralgie se voyait chez les gens âgés, et non chez des jeunes gens, comme me le fait dire M. Guinard. Par le fait de l'âge, il se produit un trouble trophique du côté des os de la mâchoire, qui se traduit par une ostéite atrophiante et éburnée du maxillaire, qui détermine la chute des dents et, par compression des filets nerveux, devient la cause des douleurs. Chez ces malades, on voit, en effet, comme le dit M. Guinard, la muqueuse lisse et atrophiée, ce qui indique bien un trouble de nutrition. C'est dans ces cas que la résection du bord alvéolaire, qui m'a été enseignée par mes maîtres, peut donner de bons résultats en dégageant les filets nerveux.

Il y a là une lésion locale, et si j'ai insisté sur cette névralgie, c'est que les cas qui en ressortent sont absolument différents de ceux de M. Guinard, et que je crois qu'il est utile, quand on parle de névralgie, de les distinguer.

Rapports.

Du traitement du goitre exophthalmique par la section, la résection partielle ou totale du grand sympathique cervical. Rapport à l'occasion d'une observation de M. le D[r] Faure, communiquée à la Société de chirurgie par M. le D[r] Reclus.

Rapport de M. le D[r] GÉRARD MARCHANT.

L'observation de M. Faure, pour laquelle vous m'avez nommé rapporteur, date de juin 1897, et c'est aujourd'hui seulement que je vous rends compte de ce fait. J'ai tenu à expérimenter la nouvelle méthode thérapeutique et à vous donner une appréciation aussi exacte et aussi sincère que possible.

Vous connaissez l'observation de M. Faure :

Observation de M. Faure. — *Goitre exophthalmique. — Résection partielle des deux sympathiques cervicaux.*

Bau... (Angélique), trente-deux ans, opérée le 5 juin 1897, à l'hôpital Laënnec.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection pulmonaire aiguë. Sa mère, également morte, avait une maladie nerveuse.

Antécédents personnels. — A douze ans, érysipèle grave qui a récidivé. Pendant dix ans, règles très irrégulières, aménorrhée durant trois ans, puis hémorrhagies abondantes, pertes blanches, etc. Depuis deux ans, les règles sont redevenues à peu près normales.

C'est peu de temps après la *fièvre typhoïde* que les premiers phénomènes de la maladie ont fait leur apparition. C'est le goitre qui s'est d'abord manifesté et a bientôt pris un volume considérable, puis l'exophthalmie est survenue et peu à peu tous les symptômes actuels se sont établis avec une intensité de plus en plus grande. Depuis une dizaine d'années, la malade est restée à peu près dans le même état. Cependant le goitre a légèrement rétrocédé sous l'influence de séances d'électrisation faites à l'hôpital Tenon. En revanche, l'exophthalmie a augmenté. Une conjonctivite chronique tourmente la malade qui présente de légères ulcérations de la cornée. M. le Dr Millée, auquel elle s'est adressée pour le soin de ses yeux qui la font surtout souffrir, me l'envoie afin de lui pratiquer la section du sympathique cervical.

Au moment de l'opération, l'état est le suivant : la triade symptomatique qui caractérise le goitre exophthalmique est des plus accentuées.

Le goitre est assez volumineux, étalé, et la circonférence du cou est, au point le plus saillant, de 39 centimètres. L'exophthalmie est très prononcée, la malade ne peut fermer complètement les yeux, et pendant le sommeil, une partie du globe oculaire et la cornée restent à découvert. Il y a des deux côtés une conjonctivite intense avec de légères altérations de la cornée et de petites taches blanches, reliquats d'ulcérations anciennes. Le champ visuel est un peu diminué à gauche. L'accommodation se fait bien, ainsi que les mouvements volontaires du globe oculaire. Dans les moments d'excitation, il y a du spasme des paupières.

Les troubles circulatoires sont intenses. La tachycardie est violente, le cœur, qui bat d'ordinaire 110 à 120 fois par minute, arrive à 160 et 180 au moment des crises. Les mouvements en sont violents, l'impulsion sous la paroi thoracique soulève la main qu'on applique sur elle; l'arythmie est complète et les palpitations incommodent la malade.

Le tracé sphymographique traduit tous ces phénomènes et donne une ligne d'ascension qui ne ressemble en rien au tracé normal. Il y a d'abord une augmentation notable du volume du cœur et un souffle au premier temps qui est interprété par les uns comme un souffle d'insuffisance mitrale; et par les autres comme un souffle extracardiaque.

La carotide, l'aorte abdominale battent avec violence. Le cou est sou-

levé à chaque pulsation, et cette expansion vasculaire présente son maximum au niveau du corps thyroïde.

Les troubles moteurs sont intenses, le tremblement est constant et assez fort, surtout au niveau des mains; il augmente beaucoup quand la malade s'agite. Il y a dans les jambes des soubresauts, des fléchissements subits qui gênent énormément la malade.

Il y a aussi des troubles sensitifs d'ordres divers: névralgies intenses dans la sphère du trijumeau, surtout au niveau des orbites et à gauche, des douleurs au creux épigastrique, dans le rachis, les lombes, des sensations de chaleur dans les jambes ou de froid dans la poitrine.

Il y a également des troubles sécrétoires : salivation continue, urines abondantes, diarrhées profuses, et des troubles trophiques : chute de cheveux et de poils, de sourcils, vitiligo, etc.

Les troubles psychiques sont assez accentués. Dès le début de l'affection, la malade est devenue indolente, apathique, maussade, hypochondriaque. Elle pleure sans raison, son sommeil est mauvais, elle a des cauchemars incessants, et, même à l'état de veille, des hallucinations.

Bref, ainsi qu'on peut s'en convaincre par les quelques détails de cette observation, cette malade présente tous les désordres *circulatoires*, *moteurs*, *sensitifs* et *psychiques* du goitre exophtalmique.

Opération le 5 juin 1896. — Anesthésie au chloroforme.

L'opération est commencée par le côté droit. Incision de 12 centimètres environ partant de l'apophyse mastoïde et longeant le bord postérieur du sterno-mastoïdien, qui est immédiatement reconnu et libéré; les filets du plexus cervical superficiel sont respectés; la branche externe du spinal, que le tranchant du bistouri a légèrement entamée, se rompt ultérieurement. Avec la sonde cannelée, le tissu cellulaire de la région est rapidement dissocié.

Un écarteur chasse en avant le sterno-mastoïdien et le paquet vasculo-nerveux. Très rapidement, après avoir reconnu et récliné en arrière les filets obliques du plexus cervical profond, le ganglion supérieur du sympathique apparaît, appliqué contre la colonne vertébrale, qui est très facile à reconnaître. Pendant que le paquet vasculo-nerveux, carotide, jugulaire interne et pneumogastrique, se laisse entraîner en avant, le ganglion reste fixé sur la colonne vertébrale par les filets anastomotiques avec les nerfs du plexus cervical profond.

Quelques coups de sonde cannelée l'isolent complètement. Il est saisi avec une pince à griffes, légèrement soulevé, et ses diverses racines sont coupées avec de petits ciseaux courbes et mousses. Le ganglion se laisse alors détacher de la colonne cervicale, emportant avec lui l'extrémité supérieure du cordon sympathique, qui est libérée sans aucune difficulté par la sonde cannelée. Au bout, à quelques centimètres, on aperçoit les filets obliques du nerf cardiaque supérieur et une sorte de plexus nerveux. Le cordon du sympathique est sectionné au-dessous. La longueur du fragment ainsi réséqué est de 6 à 7 centimètres 33. « Aucun phénomène particulier au moment de la section. »

Suture de la plaie au crin de Florence. Aucune ligature n'est nécessaire et l'opération a duré sept minutes.

Du côté gauche, opération identique. Elle est seulement rendue plus longue et plus difficile par la présence de ganglions tuberculeux dans la région rétro-carotidienne. Ils sont enlevés. Mais l'opération en est allongée et dure vingt minutes. Un catgut est placé sur la veine jugulaire externe.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Le huitième jour, les fils sont enlevés, et le 15 juin, dixième jour, le pansement est définitivement supprimé.

L'amélioration des symptômes a été immédiate. Pendant l'opération, au moment de la section des filets nerveux, on n'a rien remarqué de particulier. Le tracé sphygmographique, pris dans l'après-midi, donne une courbe presque normale aux lignes d'ascension, régulièrement espacées, qui ne ressemble en rien au tracé de la veille.

Dès la première nuit, la malade peut fermer les yeux, ce qu'elle n'avait pas fait depuis plusieurs années. Dès le lendemain matin, la diminution de la saillie des globes oculaires est nettement appréciable. L'arythmie cardiaque continue, mais le nombre des pulsations diminue d'une façon régulière et se maintient aux environs de 100.

Le jour de l'enlèvement du pansement, le cou ne mesure plus que 36 centimètres; d'ailleurs, le goitre s'est très manifestement affaissé. L'état général s'est amélioré, la malade mange mieux, elle se sent plus gaie, elle dort mieux, ne présente plus l'excitabilité d'autrefois et cet état de trémulation perpétuelle dont elle souffrait beaucoup.

Elle sort le 25 juin en bon état.

Le 13 juillet, elle revient. L'exophthalmie est à peu près ce qu'elle était au moment de la sortie. Les yeux se ferment toujours bien et la conjonctivite a à peu près disparu. Le cou n'a plus que 35 centimètres.

Le pouls est à 144, toujours arythmique et violent. Les jambes sont faibles, la diarrhée a reparu, l'appétit est médiocre et la malade a de temps en temps des soubresauts. L'état normal est toujours bon, le sommeil est excellent. La malade se trouve beaucoup mieux.

La malade a été revue le 1er octobre; l'amélioration s'est accentuée de plus en plus, la malade est vraiment métamorphosée.

Les yeux sont toujours dans le même état; ils se ferment toujours bien, mais n'ont pas diminué sensiblement; il y a même du côté gauche un peu de conjonctivite.

Le goitre est resté stationnaire; il semble même un peu avoir augmenté.

Le cœur est toujours irrégulier, mais les battements sont moins violents, les palpitations moins fréquentes et moins fortes.

La malade a très bonne mine; elle a beaucoup engraissé, mange, boit, digère et dort bien; le tremblement est moins fort; du côté des jambes il n'y a ni faiblesse ni fléchissements subits.

L'amélioration est très considérable; elle est progressive et semble devoir continuer.

Depuis juin 1897, époque à laquelle M. Reclus nous lisait l'observation de son assistant, les observations de ce genre se

sont multipliées. Il a été publié, tant en France qu'en Roumanie, trente et une observations éparses dans différentes monographies ou thèses, et rassemblées dans un mémoire inédit de M. Herbet, sur *Le grand sympathique au point de vue chirurgical.*

J'ai moi-même pratiqué sept fois cette résection du grand sympathique, dans le cours de la maladie de Bassedow, et *six* de ces observations sont inédites ; c'est vous dire que je les réservais pour la Société de chirurgie.

Obs. I. — Mme V. B..., âgée de vingt-neuf ans, crémière, entre le 30 mars à l'hôpital Tenon, adressée à M. Gérard Marchant par M. Abadie, pour un goitre exophthalmique.

Antécédents héréditaires. — Ne présentent rien de particulièrement intéressant : le père de la malade est bien portant, sa mère est morte de congestion pulmonaire; elle a une sœur qui jouit d'une excellente santé. Il est à noter cependant que sa mère et sa sœur sont impressionnables et nerveuses.

Antécédents personnels. — Le passé pathologique de notre malade est assez peu chargé. Elle a eu, dans sa première enfance, la coqueluche et la rougeole; depuis, elle a toujours eu une santé très bonne, tout en étant sujette à avoir des angines.

Réglée à douze ans, elle a toujours des époques très régulières, abondantes, durant huit jours, non douloureuses.

Elle se marie à vingt-trois ans. L'année suivante, il y a cinq ans, elle fait une fausse couche de six mois. En 1894, elle a un accouchement à terme. Enfin, le 18 décembre 1896, elle accouche à sept mois d'un enfant qui vit.

La malade a toujours été nerveuse, irritable, mais sans avoir jamais eu de véritables crises de nerfs.

Maladie actuelle. — La malade fait remonter le début de sa maladie en mars ou avril 1890, époque à laquelle ses yeux commencent à devenir saillants. L'*exophthalmie* est donc le premier symptôme qui attire l'attention, et elle est mise tout d'abord sur le compte d'une grossesse, qui débute et qui évolue du reste sans incidents jusqu'au 7e mois, et se termine par un accouchement avant terme.

Depuis la puberté, la malade souffre de palpitations et s'essouffle facilement sous l'influence d'un effort, d'une marche un peu vive ou de l'ascension d'un escalier; ces signes relèvent plutôt de l'état anémique de la malade, et il n'y a pas à proprement parler de *tachycardie.*

Au mois d'août, le *goitre* est constaté par un médecin.

Le *tremblement* est apparu il y a trois mois.

Comme *autres troubles,* on peut noter un amaigrissement progressif et assez sensible, cela depuis quinze mois, bien que l'appétit ait toujours été conservé. La malade est sujette à la diarrhée de temps en temps, mais jamais cette diarrhée n'a été paroxystique, comme on le voit souvent dans la maladie de Basedow.

Examen de la malade à son entrée. — L'*exorbitis* est le gros symptôme qui prédomine et frappe dès qu'on voit la malade; il est si prononcé, que les paupières ne peuvent jamais parvenir à recouvrir les globes oculaires. Il y a intégrité parfaite de la musculature externe et interne de l'œil : le champ visuel est normal et la vue intacte. Les pupilles sont très dilatées (fig. 1).

La *tachycardie* est presque nulle : la malade a 70 pulsations au lit, 80 debout, 95 à 100 après l'ascension d'un escalier. Elle n'a jamais eu de crises paroxystiques, de palpitations ni dyspnée. Le cœur a pourtant sa pointe un peu abaissée et paraît légèrement hypertrophié. A l'auscultation, on perçoit un roulement présystolique, et le premier bruit est prolongé.

Le corps thyroïde a le lobe droit un peu hypertrophié (circonférence du cou = 34 centimètres); mais ce *goitre* ne frappe pas l'attention et il faut le rechercher pour le reconnaître. Au niveau du goitre, on perçoit un souffle vasculaire.

Le *tremblement* des membres supérieurs date de trois mois, au dire de la malade. Il est très facilement perçu, ainsi que le tremblement des extrémités inférieures.

Pas de troubles trophiques autres que l'amaigrissement dont nous avons déjà parlé. L'état général est excellent.

Pas de troubles de la sensibilité; pas de stigmates hystériques.

Rien aux poumons. Rien du côté du tube digestif. Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Nous avons donc affaire à une forme fruste de la maladie de Basedow, caractérisée surtout par la prédominance de l'exophthalmie.

Opération le 5 avril 1897. Éthérisation. Résection des deux grands sympathiques cervicaux. — On va à la recherche du sympathique cervical, par une incision qui s'étend de la pointe de l'apophyse mastoïde au tiers interne de la clavicule, incision qui permet de passer en arrière du sterno-mastoïdien et de récliner en avant et en dedans le paquet vasculo-nerveux du cou, après avoir sectionné la veine jugulaire externe et quelques filets du plexus cervical superficiel.

Le sympathique apparaît alors sous la forme d'un mince filet blanc, appliqué par l'aponévrose prévertébrale contre le muscle long du cou. Mais le nerf n'est pas facilement reconnaissable, et on ne peut être sûr qu'on a affaire au sympathique que par la découverte du ganglion cervical supérieur.

L'opération sur le sympathique cervical gauche, qui comprend la résection de la partie inférieure du ganglion cervical supérieur, avec 2 cent. 1/2 à 4 centimètres du tronc nerveux sous-jacent, dure un quart d'heure.

Celle du côté droit dure dix minutes seulement. Dans le courant de cette opération, on est obligé de se donner du jour, en prolongeant l'extrémité supérieure de l'incision pour mettre à nu le ganglion cervical supérieur. On résèque également 4 centimètres environ du nerf, y compris la partie inférieure du ganglion cervical.

Aucune modification des pupilles ne se produit au moment de la section des nerfs.

Il est à noter aussi que le ganglion cervical moyen était très peu développé à gauche et à droite.

On ferme les deux plaies par un plan de suture profonde, et par un plan superficiel de suture intradermique. Drainage.

Immédiatement après l'opération, la malade a 80 pulsations et ne présente pas de changements dans ses mouvements respiratoires.

L'exophthalmie a déjà diminué à gauche (premier sectionné), au point que les paupières recouvrent presque complètement le globe oculaire. A droite, au contraire, l'exophthalmie est encore *très notable*, et on constate à la surface de la conjonctive *de petits épanchements sanguins très apparents qui se sont produits pendant l'opération.*

Nous reviendrons tout à l'heure sur la signification de cette petite complication, qui confirme d'une façon éclatante la théorie de la vaso-dilatation.

Le soir de l'opération, la malade à 37°,6 (température vaginale). Elle est très calme et n'a que 80 pulsations, chiffre qui reste à peu près constant jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Le lendemain (6 avril), on note une diminution très sensible de l'exorbitis, de l'ouverture pupillaire et de la dilatation vasculaire de la région frontale droite. La malade se plaint d'un peu de douleur au niveau et en arrière des oreilles et accuse la sensation d'une sorte d'engourdissement, surtout marqué dans le côté gauche du cou. Cet engourdissement persiste du reste les jours suivants, et est dû probablement à la section de quelques filets du plexus cervical superficiel.

Le surlendemain, l'exophthalmie diminue encore, et la malade peut complètement fermer les yeux.

Le 9 avril, quatre jours après l'opération, le pansement est renouvelé; rien de particulier au niveau des deux lignes d'incision. Mais il semble que ce jour-là l'exorbitis est plus accusé que les jours précédents. La dilatation vasculaire, du côté droit du front, persiste encore.

Le 10 avril, la saillie des globes oculaires diminue de nouveau, et la malade sort le 14 avril absolument guérie : l'exophthalmie a à peu près complètement disparu, les pupilles ne sont plus dilatées, et la circulation au niveau du côté droit du front est redevenue normale. Seule, l'ecchymose sous-conjonctivale de l'œil droit persiste encore.

Il est à remarquer que, sous l'influence de l'émotion, les yeux paraissent encore un peu saillants; mais il faut aussi ajouter, d'après la malade, que depuis sa naissance ses yeux ont toujours été ainsi (1).

Cette opérée est aujourd'hui radicalement guérie (Octobre 1898).

(1) Ce résultat ne s'est pas maintenu dans sa perfection : sous l'influence de l'émotion, de la fatigue, l'exophthalmie reparait, bien qu'à un moindre degré qu'avant l'opération ; mais il est juste d'ajouter qu'il n'y a plus trace de goitre, que l'état général physique et moral est demeuré excellent. Ces réserves, que je faisais au moment de la présentation de cette malade à l'Académie de médecine, n'ont plus leur raison d'être puisque, à cette heure, la guérison est *absolue*.

Obs. II. — *Goitre exophthalmique. Résection bilatérale du grand sympathique. Légère amélioration.*

Mme P..., âgée de trente ans, couturière, entre dans le service pour une exophthalmie bilatérale.

Il y a six mois, à la suite d'une émotion (son mari, atteint brusquement de hernie, avait été ramené chez lui dans une voiture), elle ressent un malaise général, une courbature intense, qui persiste pendant quelques jours; puis, le matin, elle s'aperçoit qu'elle a de la difficulté à voir, sa vue se trouble ; en même temps, elle monte avec peine les escaliers, elle est prise de douleurs au niveau du cœur, elle souffre de palpitations ; la triade caractéristique se constitue donc chez elle, en quelques jours.

Cet état persiste tel pendant cinq mois ; souvent elle est obligée de se mettre au lit, ressentant une fatigue extrême.

Ses nuits se passent sans sommeil, au milieu d'une agitation continuelle ; maux de tête fugaces. Le caractère devient plus impressionnable ; elle est plus émotive.

Les règles ont diminué singulièrement depuis la maladie actuelle. L'appétit reste bon.

L'interrogatoire relève deux autres signes: chute des cheveux et transpirations continuelles, le jour et la nuit.

Elle va consulter à l'hospice des Quinze-Vingts. M. le Dr Trousseau l'adresse au Dr Gérart Marchant.

Examen à l'entrée. — Exophthalmie bilatérale très accentuée ; les paupières se relèvent assez pour découvrir complètement la cornée; l'occlusion des paupières est imparfaite, la malade souffre toujours de palpitations; le pouls est à 100; l'auscultation ne fait percevoir aucun trouble morbide.

L'examen de la région thyroïdienne y dénote une tuméfaction très nette ; la thyroïde est plus développée qu'à l'état normal; la palpation donne la sensation charnue spéciale du tissu glandulaire, mais il n'y a pas de soulèvement de la glande ni de frémissements cataires. La malade a remarqué dès longtemps, quelques semaines après l'apparition de l'exophthalmie, le développement de son cou et la tuméfaction s'accentuant à chaque époque menstruelle.

La malade est très émotive, très impressionnable, il y a chez elle un état de trémulation permanente ; les mains, les avant-bras sont agités sans cesse de soubresauts ; il y a une mobilité anormale des muscles de la face.

La malade a maigri sensiblement depuis sa maladie.

Il y a hypertrophie cutanée généralisée.

Antécédents héréditaires. — Mère souffre du cœur, impressionnable ; la grand'mère maternelle est bien portante; grand-père mort de la poitrine ; une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Aucune maladie sérieuse ; rougeole ; réglée à treize ans; toujours bien réglée ; mariée à vingt-six ans; pas d'enfants, pas de fausse couche.

Léger degré de nervosisme, larmes faciles, impressionnabilité.

Diagnostic. — Goitre exophthalmique avec exorbitis, palpitations ; comme signes secondaires : sueurs, chute des cheveux, amaigrissement ; début des accidents remonte à six mois, à la suite d'une émotion.

La résection du grand sympathique est décidée et effectuée le 7 août 1897, après anesthésie par l'éther.

Résection bilatérale du grand sympathique. — *Côté droit*, dix minutes de durée ; résection de 5 centimètres du grand sympathique ; le nerf est gros, vascularisé à la section. Au moment de la saisie, contractions des *pupilles*, suivie de deux petites contractions qui la ramènent en état de myosis ; rougeur de la face, congestion de la sclérotique.

Côté gauche, cinq minutes de durée ; résection de 4 centimètres ; le nerf est moins gros, il n'est pas vascularisé.

Pas de *modifications pupillaires à la section.*

Le pouls, après la résection, est à 120 ; pas d'ecchymose sous-conjonctivale ; rougeur intense de la face ; dilatation vasculaire de la peau.

Sortie le 20 août, notablement améliorée ; l'exophthalmie et la tumeur thyroïdienne ont sensiblement diminué ; l'appétit a diminué, mais l'amaigrissement persiste.

La malade passe toujours les nuits sans dormir ; elle est agitée, se retourne sans cesse ; enfin l'état de fatigue persiste.

Elle va à la campagne, à Champigny, près de Paris ; elle se repose.

Au début, elle veut se promener dans les champs, mais la marche est rendue difficile par les essoufflements, une anhélation rapide qui l'obligent à s'asseoir.

Elle souffre de maux de jambe ; elle reste très nerveuse, trémulante, sans sommeil la nuit.

En plus, des douleurs se développent au niveau des épaules, de la région interscapulaire, qui immobilisent la malade et l'obligent à se faire aider pour s'habiller ; elle ne peut se coiffer, lever les bras.

Le mois dernier, suppression des règles ; ce mois courant, réapparition, mais à peine sensible.

Elle revient dans le service le 20 *octobre*. Toujours *exophthalmie*, légèrement améliorée ; la fermeture des *paupières* se fait totale ; myosis ; la vue se brouille parfois ; la tumeur thyroïdienne persiste ; largeur du cou : 31, à l'endroit le plus saillant.

Le pouls bat à 130 ; toujours émotivité marquée ; les muscles sont en état de trépidation continuelle.

Toujours chute des *cheveux* et *transpiration*, insomnie nocturne.

Tous les deux jours, *diarrhée* ; essoufflement facile ; elle se fatigue volontiers et souffre toujours dans les jambes et les genoux.

OBS. III. — *Goitre exophthalmique.* — B... (Angèle), vingt-deux ans, entrée le 15 mars 1898, salle Richard-Wallace, n° 10.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à cinquante ans (hémiplégie), paraissait émotive. Père vivant et bien portant.

Huit frères et sœurs ; cinq sont encore vivants. La malade est l'avant

dernière. Les sœurs encore en vie (quatre) sont, paraît-il, nerveuses, sans que la malade puisse donner de renseignements à ce sujet; une sœur est morte après avoir présenté un gros cou et des ganglions dans l'aisselle. Ce sont les seuls renseignements qu'on ait pu obtenir.

Depuis longtemps, la malade souffre de céphalée neurasthénique (douleur en casque), survenant dans la seconde moitié de la nuit, la malade est fatiguée le matin. Le cou a toujours été un peu gros.

Depuis un an, le corps thyroïde grossit un peu, mais l'accroissement est surtout rapide depuis six mois. Les yeux ont commencé à grossir un peu auparavant. Les palpitations de cœur sont très violentes, avec angoisse. Elles ne sont devenues violentes que depuis un an; mais dès son enfance, la malade était facilement essoufflée et avait des palpitations.

Examen des organes : Yeux. — Brillants et saillants. Fente palpébrale augmentée; la malade peut cependant clore les paupières. Pupille dilatée. La paupière suit les mouvements de l'œil. Fatigue rapide de la vue. Larmoiement. Mouches volantes.

Cou. — Corps thyroïde très volumineux, surtout le lobe droit. La main sent des pulsations et un mouvement d'expansion. On entend un souffle vasculaire très net. Mensuration au point le plus saillant : 34 centimètres.

Cœur. — Pointe un peu au-dessous et en dehors du mamelon; bat dans le sixième espace. Bruits cardiaques très forts. Souffle systolique à l'orifice pulmonaire. Ce souffle n'est pas très intense. Le nombre des pulsations est très variable. On compte aujourd'hui 96.

Tremblement caractéristique et très net : petit, s'étendant à tout le membre et se transmettant au tronc; la malade a des mouvements maladroits.

Appareil nerveux. — La sensibilité cutanée paraît normale. Troubles névralgiques. Douleurs frontales et temporales survenant vers le matin (neurasthéniques). Impressionnable, rit et pleure pour le moindre motif.

Appareil digestif. — Appétit bon. Digestions faciles. Diarrhées profuses, fréquentes, aqueuses, sans colique. Elles existent depuis un an.

Appareil génital. — Réglée à seize ans, irrégulièrement. Les règles sont peu abondantes. Depuis trois mois, elles ont complètement cessé. Depuis un an, la malade constatait que la période des règles coïncidait avec un accroissement plus rapide de la tumeur thyroïdienne.

Appareil respiratoire. — Rien à noter.

Opérée le 21 *mars.* — Section des deux ganglions sympathiques et de la portion nerveuse voisine sur une longueur de 3 centimètres environ. Drainage et suture.

La malade ayant infecté sa plaie, la guérison en est un peu retardée.

Suites de l'opération. — 22 *mars.* — Exorbitis notablement diminué, surtout quand la malade est calme.

30 *avril.* — La malade part pour la campagne; les palpitations ont diminué; les yeux sont beaucoup moins saillants; la malade dit avoir un état général meilleur. La tumeur thyroïdienne n'a pas encore beaucoup diminué.

OBS. IV. — *Goitre exophthalmique. Sympathectomie. Mort.*

D... (Albert), quarante et un ans, journalier, entré le 14 mai 1898 salle Nélaton, 17.

Père nerveux et colère, mort subitement à soixante-six ans. Mère, soixante et onze ans ; a eu, jusque vers l'âge de quarante ans, des palpitations de cœur. Elle est d'un nervosisme très accusé.

Une sœur du malade, sur laquelle on n'a pas d'autres renseignements, présentait aussi des palpitations de cœur.

Le malade a toujours joui d'une parfaite santé ; ni rhumatisme, ni syphilis. Mais il a toujours été émotif et irritable; il est adonné à l'alcol.

La maladie actuelle a débuté il y a deux ans (mois de janvier 1896), sans cause appréciable, par des troubles cardiaques. Violentes palpitations avec angoisse et suffocations, revenant par crises, surtout la nuit. Le malade est alors soigné pour une maladie de cœur.

C'est six mois après (au mois de juillet 1896), que le médecin traitant observe l'augmentation de volume du cou, très légère à ce moment, en même temps que la saillie des yeux. Il modifie le traitement et ordonne l'hydrothérapie froide. Au bout de trois semaines, les palpitations avaient complètement disparu et le malade put reprendre son travail, sans éprouver la moindre gêne. Cependant l'exophthalmie persista, sans augmenter notablement, et le goitre continua à s'accroître progressivement.

Cette période de répit dura dix-huit mois, jusqu'au mois de janvier dernier. A cette époque, et sans raison apparente, le malade est pris brusquement dans la nuit d'une violente crise de palpitations avec angoisse et suffocation. Depuis, des crises semblables se produisent à peu près tous les jours, surtout la nuit, épuisant le malade par l'insomnie qu'elles provoquent et par leur intensité. Dans leur intervalle, le malade sent continuellement son cœur battre fortement.

Depuis le même moment, le malade a constaté lui-même des modifications de son caractère : son émotivité s'est considérablement exagérée ; il est devenu constamment inquiet et agité. Quelques jours après, apparaissait le tremblement menu des extrémités, qu'on constate actuellement; ce tremblement s'exagère à la moindre émotion, et parfois s'étend à tout le corps. En même temps, la diarrhée s'établissait.

Tous ces symptômes ont persisté jusqu'à ce jour en conservant les mêmes caractères. Toutefois, les palpitations ont diminué de fréquence et d'intensité ; et le sommeil est plus calme et plus régulier, depuis quelques jours.

Etat actuel. — On constate une hypertrophie générale très marquée du corps thyroïde, un peu plus accusée, toutefois, pour le lobe droit. Sa consistance est molle : on n'y perçoit ni souffle, ni expansion ; il est seulement soulevé par les battements exagérés des carotides. Le tour du cou mesure 37 cent. 1/2.

L'exophthalmie n'est pas excessive, quoiqu'elle frappe au premier coup d'œil. La sclérotique est largement à découvert au-dessus de la

cornée. Le signe de de Gaefe existe très net. L'occlusion des paupières se fait complètement. Pas d'œdème palpébral. Des deux côtés, l'acuité visuelle est des deux tiers.

Le fond de l'œil est normal. Pas de paralysies oculaires. Ouverture pupillaire normale.

Le pouls est fort, plein et bat à 100 pulsations par minute avec de très rares intermittences.

La pointe du cœur bat avec force dans le 5e espace intercostal, et dans toute la région précordiale les espaces intercostaux sont soulevés par les violentes pulsations cardiaques.

L'auscultation fait entendre un souffle systolique, siégeant à la base et dont le siège (aortique ou pulmonaire) ne peut pas être exactement précisé. Il diminue d'intensité dans la position assise.

Les veines du cou sont dilatées. Le doigt, appliqué sur la jugulaire externe gauche, perçoit une sorte de vibration au moment de la systole cardiaque. Il n'existe pas de pouls veineux proprement dit.

Diarrhée séreuse très liquide; trois à quatre selles par jour. Pas de troubles gastriques ; appétit conservé.

Les réflexes rotuliens sont conservés. Pas de zones d'anesthésie cutanée. Pas de troubles de la sécrétion sudorale.

L'urine ne renferme ni sucre, ni albumine.

Le tremblement menu des extrémités supérieures est très net ; il s'exagère et envahit tout le corps à la moindre émotion, provoquée par la cause la plus futile (l'examen d'un organe, une question posée même la seule présence du médecin).

20 *mai* 1898. — Opération par M. Gérard Marchant. Ethérisation. Double sympathectomie.

Du côté gauche, l'opération est faite aisément en huit minutes. A droite, l'incision, quoique convenablement placée, tombe sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, par suite du refoulement en arrière de ce muscle par le lobe droit de la thyroïde, très hypertrophié. La recherche du sympathique est faite en passant en avant du muscle ; l'isolement du nerf, par cette voie, est plus délicat et plus laborieux que par la voie postérieure et dure douze minutes.

Des deux côtés du ganglion supérieur, le sympathique a été incisé avec une partie du tronc de 4 à 5 centimètres de longueur.

Le nerf et le ganglion sont extrêmement volumineux du côté gauche ; ils le sont moins à droite, quoique encore d'un volume supérieur à la normale.

Des deux côtés, au moment de la section nerveuse, on ne constate aucune modification de la pupille, qui est contractée sous l'influence de l'anesthésie.

Vascularisation exagérée des tissus du cou qui saignent abondamment.

Sutures. — Un drain est laissé à la partie inférieure de chaque plaie. Pansement iodoformé.

Immédiatement après l'opération, l'exophthalmie est manifestement beaucoup moindre. Une petite ecchymose sous-conjonctivale existe à l'œil gauche.

21 *mai.* — Le malade a été agité pendant l'après-midi et la nuit ; injection de 1 centigramme de morphine.

Les pupilles égales, légèrement rétrécies, réagissent bien à la lumière. L'exophthalmie a très nettement diminué : la paupière supérieure est maintenant tangente à la cornée dans le regard direct ; la sclérotique reste à découvert au-dessus de la cornée dans la direction en bas des yeux, la paupière supérieure ne suivant pas complètement le mouvement du globe (signe de de Graefe qui persiste, mais atténué).

Le cœur bat toujours fortement et le même souffle systolique persiste à la base.

Pouls rapide à 120 ; température, 38°.

La diarrhée séreuse persiste.

22 *mai.* — L'agitation a augmenté. Pendant la nuit, le malade a déliré et plusieurs fois a sauté à bas de son lit.

Le matin, il est abattu ; il répond à peine aux questions et d'une voix mal articulée.

Hier soir, le malade a présenté des troubles de la déglutition avec reflux des liquides par le nez. Il affirme que plusieurs fois déjà, depuis cinq ou six mois, pareil accident se serait produit : c'est la seule fois depuis son entrée à l'hôpital.

L'examen de la gorge ne révèle rien de particulier, qu'un peu de paresse, peut-être, du voile du palais. La diarrhée persiste.

Traitement : Bromure et chloral.

23 *mai.* — L'agitation et le délire d'action ont augmenté encore. Le malade est sans cesse en mouvement dans son lit, poussant des cris inarticulés, et reconnaît à peine ceux qui l'entourent.

Le rejet des liquides par le nez ne s'est pas reproduit ; trois à quatre selles diarrhéiques.

Température, 37°,6. Pouls fort et bien frappé ; est à 110 pendant les moments de calme.

La médication calmante est continuée.

24 *mai.* — Même délire pendant la nuit. Ce matin, le malade est absolument sans connaissance ; il continue à s'agiter sans cesse dans son lit avec des mouvements désordonnés. Depuis hier, il refuse, en se débattant, toute alimentation.

Température, 37°8. Pouls à 126. Léger nuage d'albumine dans l'urine.

Médication calmante, lavage à la sonde œsophagienne.

24 *mai* (*soir*). — Le malade a succombé cet après-midi à 3 h. 1/2. En quelques minutes, la face et les extrémités se sont cyanosées, sans qu'il y ait de gêne respiratoire, et la mort est survenue en quelques instants, sans agonie. Du côté des plaies opératoires, rien d'anormal.

L'autopsie n'a pas pu être faite.

Obs. V. — *Goitre exophthalmique.* — Le nommé F...(Auguste), quarante-sept ans, sculpteur sur ivoire, entré le 24 avril 1898, salle Nélaton.

Père mort à soixante-seize ans ; avait eu à soixante-sept ans une attaque suivie d'hémiplégie gauche.

Mère morte à soixante-dix-sept ans, après être resté alitée dix mois; atteinte de démence.

Un frère et cinq sœurs en bonne santé; l'une d'elles serait un peu nerveuse.

Dans les antécédents du malade, on relève : en 1870, une attaque de rhumatisme aigu; en 1873, pendant qu'il était soldat en Afrique, une atteinte de fièvres intermittentes qui ne dura que quelques semaines. Depuis, la santé du malade a toujours été excellente; d'un caractère paisible et égal, il n'a jamais présenté de troubles névropathiques jusqu'à ces dernières années.

Il y a sept ans, en 1891, apparaît, sans cause appréciable, une anesthésie tactile et sensitive des mains, qui cède au bout de quatre à cinq semaines d'un traitement par les douches et le bromure; ce trouble nerveux, qui est resté complètement isolé, ne s'est plus reproduit.

Le début de l'affection actuelle paraît remonter à quatre ans.

Au mois de janvier 1894, on fait remarquer au malade que son *œil gauche* grossit. Cette exophthalmie unilatérale, survenue indépendamment de tout autre trouble général ou local, augmente peu à peu, et, au mois de juillet, se complique d'une conjonctivite. Le malade est alors traité dans une clinique ophthalmologique de la ville (Jabsowski), où l'on porte le diagnostic d'exophthalmie par tumeur bénigne de l'orbite.

Un an après, en janvier 1898, l'exophthalmie apparut à *droite* et devint rapidement plus considérable que du côté gauche. A la même époque, le malade s'aperçut tout à coup dans la rue qu'il voyait double. Cette diplopie, qui a toujours persisté depuis, devait probablement exister déjà à l'insu du malade; car dès l'apparition de l'exophthalmie à gauche, était survenu un trouble vague de la vision qui faisait fermer machinalement au malade l'œil gauche, lorsqu'il voulait se diriger avec précision dans la rue.

Malgré les soins du malade, il survenait de fréquentes poussées de conjonctivite ou de kératite, par suite de la lagophthalmie ; et, il y a deux ans, leur caractère fut assez menaçant pour qu'on proposât, à la clinique de M. de Wecker, la suture des paupières.

Pendant trois ans, l'affection ne se manifesta que par ces troubles oculaires seuls; les autres symptômes sont survenus il y a un an, et à peu près simultanément.

Les modifications du caractère sont très marquées, le malade est devenu très émotif, irritable, sans cesse inquiet, colère et violent, absolument insociable, au point qu'il supporte à peine la vie avec sa femme et son fils de treize ans. C'est surtout ce changement de caractère, dont il se rend compte, qu'il regrette et dont il souffre, qui engage le malade à demander une intervention.

Depuis la même époque, le sommeil est agité, fréquemment interrompu par de longues insomnies; couché, le malade est tourmenté par le bruit de souffle de ses artères. Fréquemment il est réveillé par des palpitations de cœur. Ces crises de palpitations s'accompagnent d'angoisse et de suffocations; elles sont plus fréquentes la nuit et surviennent sans cause.

En même temps apparaissait un tremblement intermittent des membres supérieurs, parfois de tout le corps, et provoqué par le motif le plus insignifiant.

Tous ces troubles sont allés, progressivement en s'exagérant, pour atteindre leur maximum d'intensité au mois de mars dernier. Les palpitations sont alors quotidiennes, le tremblement permanent; et le malade, épuisé par l'insomnie, tourmenté par les poussées de conjonctivite, devient incapable de tout travail.

A la consultation de M. Déjerine, à la Salpêtrière, où le malade se présente le 18 mars (il y a un mois) on constate pour la première fois une hypertrophie du corps thyroïde, qui, jusque là, était passée inaperçue. On diagnostique un goitre exophthalmique et on donne comme traitement :

Douches générales; liqueur de Fowler; trional (contre l'insomnie); eau boriquée pour le lavage des yeux.

Au bout de six jours de ce traitement, les palpitations ont cessé complètement et n'ont pas reparu. Le sommeil est devenu plus calme. Mais l'état d'irritabilité et le tremblement persistent, quoique plus modérés. L'exophthalmie n'est pas modifiée.

Actuellement, ce qui frappe au premier abord est une exophthalmie considérable, plus accusée à l'œil droit. La paupière supérieure laisse à découvert au-dessus de la cornée une grande étendue du globe de l'œil dans la position directe des yeux; elle ne suit pas le mouvement de l'œil lorsqu'il est dirigé en bas (signe de de Graefe). L'occlusion des paupières reste incomplète, malgré les efforts du malade, surtout du côté droit. Cette lagophthalmie a amené, par défaut de protection, les conjonctivites et kératites dont a souffert le malade. Actuellement, il n'existe pas d'inflammation des yeux; mais on remarque, sur la cornée droite, la cicatrice d'une ulcération récente. La mobilité de l'œil droit est normale; mais du côté gauche, il existe une limitation considérable du mouvement en haut et en dehors par parésie du droit supérieur et du droit externe. L'épreuve des images colorées révèle une diplopie homonyme avec déplacement en haut de l'image de l'œil gauche.

Les pupilles réagissent bien; elles sont égales, non dilatées et de dimension normale pour l'âge du malade.

Légère myopie de 1,5 diopr. Acuité visuelle : 1/2 des deux côtés.

L'hypertrophie du corps thyroïde est manifeste, mais peu considérable; elle atteint également les deux lobes. Le tour du cou, mesuré selon une ligne passant au-dessus de l'apophyse épineuse de la 6e cervicale, et parallèle à la base du cou, est de 40 centimètres. On ne perçoit ni souffle ni expansion au niveau du goitre, qui est seulement soulevé par les fortes pulsations des carotides.

Le cœur, un peu gros, ne présente aucun bruit anormal. Le pouls est régulier et bat à 78 à 80 au repos. (Il est à noter que depuis un mois, il ne s'est pas produit de crise de palpitations.) Les radiales sont dures; les temporales sinueuses. Les troubles nerveux sont aussi amendés; l'instabilité, l'inquiétude persistent, avec l'insomnie; mais moindres. Le tremblement n'existe pas au repos et ne se produit qu'à l'occasion

d'une émotion, même minime, d'une simple interrogation ou d'un simple examen. C'est un tremblement rapide et menu, qui agite non seulement les extrémités, mais aussi la tête et le tronc.

Les réflexes rotuliens peu marqués, sont conservés; il n'existe pas de trouble de la motilité.

Sur toute l'étendue des téguments, la sensibilité à la douleur est exagérée. Le réflexe pharyngien est conservé.

La sécrétion sudorale s'est modifiée depuis trois ou quatre ans. Le malade a parfois des sueurs abondantes (surtout aux extrémités) qui se produisent sans cause appréciable et même à froid.

Il n'a pas de diarrhée; plutôt de la constipation.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Pas de lésion viscérale: l'appétit est bon. Il existe toutefois un certain degré d'amaigrissement.

28 *avril.* — Hier soir, pour la première fois depuis un mois et demi, le malade a eu dans la nuit une crise de palpitations avec angoisse, mais de courte durée.

29 *avril.* — Opération par M. Gérard Marchant. Ethérisation.

Des deux côtés, le ganglion supérieur du grand sympathique et une partie du tronc de 4 centimètres de longueur environ, sont excisés. L'incision est faite le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien, qui est ensuite récliné en avant.

Les tissus, congestionnés, comme hyperplasiés, et saignant abondamment, présentent un aspect uniforme, qui rend difficile leur dissection.

L'opération est d'abord exécutée à droite, sans rien de particulier à gauche; un ganglion lymphatique accolé à la gaine des vaisseaux est enlevé; le pneumogastrique en impose un moment pour le sympathique et, pendant qu'il est écarté avec la pince et qu'on l'explore pour le reconnaître par l'absence de tout renflement ganglionnaire, il se produit un court arrêt de la respiration. L'opération est terminée sans autre incident.

Suture du plan musculaire à la soie. Suture de la peau au crin de Florence; un petit drain est laissé à la partie inférieure de chaque incision. Pansement iodoformé au moment de la section du sympathique; de chaque côté, on n'observe aucune modification de la pupille, qui est d'ailleurs rétrécie et immobile sous l'influence de l'anesthésie.

30 *avril.* — L'exophthalmie a nettement diminué; la paupière supérieure est tangeante au bord supérieur de la cornée et ne laisse pas la sclérotique à découvert. L'œil droit reste un peu plus saillant que le gauche. L'occlusion des paupières est aisée à gauche; elle n'est pas absolument complète à droite.

Pouls, 92. Respiration, 18. Température, 38 degrés.

Légère bronchite provoquée par l'éther.

1er *mai.* — Température, 38. Pouls, 94.

Le malade est calme. Pas de tremblements. L'exophthalmie a encore diminué et l'occlusion des paupières est complète et facile. Sommeil moins agité. Le malade se déclare très satisfait.

Il n'y a pas eu de selles depuis trois jours. Purgation.

7 *mai.* — Les fils et les drains sont enlevés. Réunion parfaite par première intention.

Pouls, 88. Température, 37.

Le malade est très calme. Le sommeil n'est plus troublé. Le tremblement, même émotif, n'a pu reparu depuis l'opération.

L'exophthalmie a encore diminué; l'œil droit restant toujours le plus saillant; l'occlusion des paupières reste parfaite. Le signe de de Grœfe persiste, mais beaucoup moins accusé.

Quant à la paralysie des droits externe et supérieur de l'œil gauche, elle n'est en rien modifiée.

Les pupilles, égales, réagissant bien à la lumière, sont un peu plus étroites qu'avant l'intervention.

Le malade se plaint de quelques douleurs dans la région de l'épaule des deux côtés, dues probablement aux lésions opératoires des filets du plexus cervical superficiel.

14 *mai.* — L'amélioration persiste.

Pouls à 86.

Le sommeil est très calme; ni le tremblement, ni les troubles cardiaques ne se sont reproduits.

Le malade est photographié ce jour et sort de l'hôpital. Les douleurs des épaules persistent.

30 *mai.* — Le malade, revu aujourd'hui, présente une exophthalmie bien plus marquée qu'au moment de sa sortie de l'hôpital; mais, toutefois, bien moindre qu'avant l'intervention. Il y a une semaine, les palpitations de cœur, accompagnées d'angoisses, ont de nouveau apparu et se sont reproduites quatre fois depuis. Le sommeil est, depuis lors, agité comme auparavant et le tremblement des extrémités et de tout le corps est aujourd'hui aussi marqué qu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Le pouls est aussi plus rapide : 120, et les artères carotides battent fortement. Le tour du cou, mesuré de la même façon qu'auparavant, a diminué : il est de 38 cent. 1/2.

Depuis l'opération, le malade n'a suivi aucun traitement.

Les douleurs scapulo-acromiales persistent; elles sont parfois très violentes.

28 *juin.* — L'état du malade s'est de nouveau amélioré.

L'exophthalmie n'est pas plus accusée qu'au moment de la sortie de l'hôpital.

Le pouls est à 76. Il ne s'est plus produit de crises de palpitations; l'agitation, l'insomnie ont disparu.

Le tour du cou n'atteint pas 38 centimètres, et l'hypertrophie thyroïdienne, difficilement appréciable, passerait inaperçue si l'on n'était prévenu.

Les douleurs névralgiques cervico-scapulaires ont disparu à droite, mais persistent à gauche, un peu moindres; elles ont gagné la moitié gauche du crâne.

Les paralysies des muscles de l'œil gauche ne sont en rien modifiées. Le tremblement n'existe plus; c'est à peine s'il apparaît aux mains lorsque les bras sont tendus, les doigts écartés.

OBS. VI. — *Goitre exophthalmique. Résection bilatérale du ganglion supérieur du grand sympathique. Guérison complète.*

Sur les conseils du Dr Abadie, le Dr Baude, de Douai, m'adresse une de ses clientes, atteinte de la maladie de Basedow, depuis plusieurs mois. L'affection aurait commencé par des troubles digestifs, et bientôt apparaissaient l'exophthalmie, l'hypertrophie thyroïdienne et la tachycardie.

Le sujet est d'un tempérament calme, n'a pas d'antécédents névrosiques.

Toutes les médications employées sont restées sans résultat.

L'opération est pratiquée le 7 août 1897, chez les dames de la rue Oudinot. Anesthésie par l'éther.

Au cours de l'opération, on est frappé de la teinte rouge des tissus : ils sont comme injectés, présentant une teinte uniforme vineuse, qui rend difficiles la découverte et la reconnaissance des nerfs.

L'opération cependant se termine en quelques minutes. Le ganglion cervical supérieur droit est volumineux, le double, comme dimension, de celui de gauche. Le ganglion cervical moyen, qui est réséqué en même temps, est lui aussi très développé.

Du côté gauche, le ganglion cervical moyen n'existe pas.

Le soir de l'opération, la température est de 38,°4 et la diarrhée qui existait avant l'opération persiste.

Grande agitation. Les bras, les jambes, la tête sont animés de mouvements désordonnés. Insomnie.

Les 8, 9, 10 août, la température tombe à 37 degrés. Diarrhée, agitation, insomnie.

Le 10 août, l'agitation devient inquiétante : l'opérée quitte son lit, veut arracher son pansement, 38°,4.

Pour la première fois, la malade se lève : son langage est incohérent, mais la langue est comme paralysée, et cette impuissance musculaire linguale coïncide avec du tremblement musculaire des bras et des jambes qui rendent bientôt impossible tout mouvement coordonné.

Mme D... pleure, gémit, est anxieuse; mais malgré ces symptômes, l'alimentation est possible.

A partir du treizième jour, on voit disparaître le délire, l'impuissance musculaire, l'insomnie, et lorsque le dix-neuvième jour la malade quitte la Maison de santé, elle est dans un état relativement satisfaisant au point de vue de ses forces, mais très remarquable au point de vue des symptômes de la maladie de Basedow, qui ont totalement disparu.

Mais revenue chez elle une éclipse se produit dans son état. Voici en effet ce que m'écrivait son mari : « Sa santé avait paru s'améliorer dans les premiers temps qui ont suivi son retour ici. L'appétit, le sommeil redevenaient bons. La diarrhée avait disparu pendant une quinzaine de jours, et son teint devenait meilleur : enfin elle avait gagné 3 livres de poids pendant cette bonne période. Malheureusement, vers le 15 septembre, elle fut reprise de diarrhée et, depuis cela, continue. Tous les médicaments restent sans effet. L'appétit seul reste bon. »

Cette période d'incertitude dura jusqu'en décembre, et en mars 1898, le Dr Baude m'écrivait : « Depuis le nouvel an, Mme D... va très bien. La diarrhée, la tachycardie, le tremblement, l'hypertrophie de la glande thyroïde et l'exophthalmie ont complètement disparu. »

J'ai revu mon opérée, elle est radicalement guérie.

Obs. VII. — *Goitre exophthalmique. Crises épileptiformes. Mélancolie anxieuse.*

Le Dr Bocquet (de Paris) m'a consulté en juillet dernier, pour une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de goitre exophthalmique, de crises épileptiformes et de mélancolie anxieuse.

J'ai opéré cette jeune fille chez les Sœurs de la rue Oudinot. L'opération a été simple, facile, sans aucune suite opératoire locale.

Mais nous avons eu à lutter contre une agitation extrême, qui a nécessité l'usage de la camisole de force. Cet état a duré pendant dix jours.

L'exophtalmie a disparu dès le lendemain de l'opération, et chose importante, les crises d'épilepsie, qui étaient quotidiennes, ne se sont plus montrées.

Voici ce que m'écrivait le père de l'opérée, à la date du 25 juillet 1898, c'est-à-dire vingt jours après l'opération :

« Monsieur,

« Depuis notre rentrée à A..., la santé de notre fille s'est un peu améliorée. Elle n'a plus eu de crises épileptiformes, les yeux sont moins saillants, le gonflement du cou a presque disparu, le sommeil revient, l'appétit est bon. Notre malade se plaint de temps à autre d'une sensation de froid au cœur, avec douleur au cou et à la colonne vertébrale. Ce sont sans doute des effets de l'opération. Nous éprouvons quelques inquiétudes sur son état mental. Le cerveau est bien faible et les mêmes idées tristes lui reviennent constamment. Il est probable que la violente commotion qu'elle a éprouvée, lors de l'anesthésie, en est la cause. »

Étudier cette intervention au point de vue opératoire, en montrer les conséquences immédiates ou éloignées, la comparer aux autres méthodes thérapeutiques dans la cure du goitre exophthalmique, telles sont les questions susceptibles de vous intéresser.

Bon anatomiste, bon opérateur, M. Faure a pu pratiquer la résection totale en quelques minutes, en suivant les points de repère indiqués plus haut.

Dans une région qui saigne abondamment, dont les points de repère se déplacent (attitude de la tête), dans des tissus véritablement congestifs et injectés, il faut procéder avec méthode, et c'est alors que des points de repère, successivement découverts, reconnus, permettent de mener à bien cette opération.

Permettez-moi donc de vous dire simplement, sans nulle prétention de vous apprendre quelque chose de nouveau, comment j'ai moi-même procédé, et il me semble que les résultats de mon expérience vous éviteront bien des hésitations, des lenteurs, des difficultés par lesquelles je suis passé.

Il serait injuste de ne pas citer ici le nom de M. Jonnesco qui a bien décrit le manuel opératoire de la résection du sympathique cervical.

J'ai pratiqué dix fois la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, sept fois dans des cas de goître exophthalmique, trois fois pour le glaucome.

Cette opération est simple pour un chirurgien, car elle est bien réglée. Le bord postérieur *du sterno-cléido-mastoïdien*, la *jugulaire interne*, la *carotide primitive*, le *pneumogastrique* sont les points de repère qu'il faut voir pour arriver sur le grand sympathique cervical.

L'incision cutanée doit être *longue*, donner beaucoup de jour :

1° Puisque le sympathique est *profond*;

2° A cause des deux points de repère polaires (veine jugulaire en bas et ganglion cervical supérieur en haut);

3° En raison de la possibilité de remédier à une faute opératoire.

L'incision sera tangente au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien : — L'incision pré-mastoïdienne présente des inconvénients, car on se trouve gêné par des troncs veineux, par le tronc veineux thyro-linguo-facial, entre autres, qui masque complètement le grand sympathique. Ce damier veineux empêche de le voir et de le découvrir.

L'incision à travers le muscle présente l'inconvénient de diviser quelques veinules, mais elle a deux avantages : le premier, c'est de laisser en arrière les branches du plexus cervical superficiel et de n'être pas exposé ou obligé de sectionner la branche externe du spinal. Des douleurs dans l'épaule et la nuque, de l'atrophie du trapèze ont été la suite de cette inutile section.

C'est dans la moitié inférieure de l'incision qu'il faut découvrir la veine jugulaire interne. Là, en effet, elle déborde l'artère et son muscle satellite par une sorte de saillie bleuâtre qui la rend visible et très abordable sans inconvénients. Ce renflement veineux mis à nu, il est possible de diviser les tissus par en haut et de découvrir le reste du tronc de la jugulaire interne, l'artère carotide et le pneumogastrique. Il faut voir et revoir le pneumogastrique, sans le tirailler ou le pincer. Celui-ci, bien soulevé avec l'artère et la veine au moyen d'un large écarteur de Farabeuf, on ne tarde pas à apercevoir le grand sympathique. C'est *un ruban, plissé*, fixé sur la colonne vertébrale, et se terminant par un ren-

flement fusiforme, qui est *sa caractéristique*, car le ganglion cervical moyen manque souvent.

Ce renflement est tel comme longueur et largeur chez certains sujets (peut-être surtout dans certains cas de goitres exophthalmiques) que la découverte du grand sympathique est d'une grande simplicité. Mais dans d'autres cas, le cordon est grêle, filiforme, dirai-je, le ganglion tout petit, caché vers la base du crâne, et la découverte est plus délicate.

Cette anomalie de volume n'est pas la seule, et nous sommes moralement sûr que, dans un cas (opération pour un glaucome), le grand sympathique n'existait pas, *en tant que cordon unique;* toutes les recherches furent vaines pour le trouver.

Il ne faut pas ranger parmi les anomalies les cas où, en soulevant le paquet vasculo-nerveux, on entraîne simultanément le grand sympathique; il faut alors le rechercher derrière cette gaine, ou plutôt laisser retomber le paquet vasculo-nerveux, et, avec une sonde cannelée, tâcher d'en dégager le dédoublement aponévrotique qui contient le nerf.

Ne jamais sectionner le grand sympathique, *sans avoir vu et revu le pneumogastrique*, sans s'être assuré que le nerf que l'on tient est fusiforme en haut, telle est une règle absolue! Pour bien découvrir ce ganglion cervical supérieur, l'incision doit remonter jusqu'au-dessus de la pointe de la mastoïde, et un large écarteur de Farabeuf doit être placé dans la commissure supérieure de l'incision. Ainsi avec une sonde cannelée, on peut dégager le ganglion, puis avec des ciseaux sectionner tous ses affluents et le diviser sans le décapiter.

J'ai toujours réséqué 4 à 6 centimètres de tissu nerveux.

Mais ces manœuvres, qui sont en somme faciles, se présentent dans des conditions différentes, lorsqu'on opère cette résection dans le cas de goitre exophthalmique ou de glaucome. Les tissus à deviser sont normaux dans le cas de glaucome; dans le cas de goitre exophthalmique, au contraire, ils sont tellement vascularisés, qu'ils ont une teinte vineuse uniforme; la moindre effraction s'ajoutant à cette injection naturelle, on opère sur des tissus qui rappellent ceux des cadavres injectés.

La durée de l'opération, en tant que découverte et section ou résection du ganglion cervical et moyen du grand sympathique, est en moyenne de dix à douze minutes. Ce qui rend cette intervention toujours longue, c'est la double intervention que l'on pratique, qui nécessite plusieurs changements de position et au moins deux toilettes opératoires.

Je n'insiste pas sur la position inclinée et fixe de la tête, sur l'utilité du bonnet de caoutchouc, etc. Mais je recommande

l'éthérisation, qui exagère peut-être l'état congestif des tissus, mais rend, à mes yeux, plus improbable une syncope.

M. Faure a fait une résection de 7 cent. du grand sympathique. Mais une résection aussi étendue est-elle nécessaire?

Ne peut-on, ne doit-on pas se contenter de la résection partielle limitée au ganglion supérieur seul ou au ganglion supérieur et moyen puisque la simple excision, telle que Jaboulay la pratiquait autrefois est abandonnée.

Il semble même que les résultats sont moins favorables avec la résection totale (1) puisque :

13 sympathicotomies partielles ont donné : 3 guérisons, 2 améliorations notables, 6 améliorations légères, 1 insuccès et 1 mort.

7 sympathectomies totales ont donné : 0 guérison, 2 améliorations notables, 2 améliorations légères, 1 insuccès et 2 morts.

3 sympathicotomies ont donné : 2 améliorations notables.

Et il n'y a pas de parité à établir au point de vue de la gravité et de la difficulté, entre la section simple ou la résection limitée au ganglion cervical supérieur et cette laborieuse opération qui consiste à réséquer la totalité du sympathique cervical.

Du reste, M. Faure a renoncé à cette pratique, et il m'écrivait dernièrement : « Le cas échéant, je me contenterais de la simple résection du ganglion cervical supérieur. La résection totale n'a pas l'air de faire mieux, et elle est certainement plus grave. »

Quels sont maintenant *les résultats opératoires.*

L'opérée de M. Faure a été suivie. En juin 1897, au moment où notre collègue nous communiquait son observation, *elle était en bon état.* Le 13 juillet 1897, l'amélioration était très considérable, progressive, et semblait devoir continuer.

Le 1er juin 1898, elle était dans l'état suivant :

Etat général. — Bon; il existe un embonpoint raisonnable; il y a de l'appétit; le sommeil normal.

Il semble qu'il y ait une certaine surexcitation morale; la malade se plaint amèrement de son état qui reste stationnaire, et elle ne le trouve pas satisfaisant. C'est surtout du côté de l'appareil visuel que les troubles se sont accentués; de plus, il existe de très violents maux de tête qui obligent la patiente à cesser parfois tout travail.

Etat local. — Exophthalmie : est notable; cependant les paupières peuvent se fermer. Les globes oculaires, nous dit la malade, deviennent douloureux à la pression depuis quelque jours. Il y avait de la photophobie. Nous constatons à l'œil gauche une blépharo-conjonctivite intense avec épiphora; de temps en temps, paraît-il, l'inflammation

(1) *Thèse* de Boissou, p. 104.

devient plus vive, il y a une véritable purulence (nous n'avons pu contrôler ce dire).

Sur la cornée, quelques ulcérations légères et des taches blanchâtres qui semblent cicatricielles.

Palpitations; en revanche, il y eu une amélioration; on a noté la diminution des battements du cœur qui étaient autrefois violents et désordonnés.

Goitre : est à peine apparent; la malade convient que son cou diminue très sensiblement.

Tremblement : nous n'avons pu le constater nous-même ; il existerait toujours et n'aurait subi aucun changement.

Somme toute, le résultat se maintient favorable. Mais, fait curieux, l'exophtbalmie semble ne pas progresser dans la voie de l'amélioration, les troubles de la vision s'accentuant ainsi que l'inflammation du globe oculaire. On ne saurait dire exactement ce qu'il adviendra de ce côté.

Sur mes 7 opérés, je note 2 *guérisons radicales*, 2 *améliorations notables*, 2 *cas incertains* et 1 *mort*.

Ces résultats concordent-ils avec ceux obtenus par nos collègues? On peut les classer en trois catégories : GUÉRISONS, AMÉLIORATIONS NOTABLES OU LÉGÈRES, INSUCCÈS.

Sur 31 opérations colligées par Herbet, plus les 6 inédites personnelles, soit 37 cas, on relève :

GUÉRISONS : Jaboulay, 3 guérisons sur 14 opérations; Jonnesco en compte 3 sur 5 opérations, mais ne donne pas de détails suffisants sur ses malades ; Gérard Marchant, 2 guérisons.

AMÉLIORATIONS NOTABLES : Jaboulay, 9 cas; Jonnesco, 2 cas; Faure, 2 cas ; Juvara, 1 cas ; Combemale, 1 cas ; Durand, 1 cas ; Schwartz, 2 cas ; Gérard Marchant, 2 cas.

Soit 24 cas sur 37.

Parmi les cas non améliorés, je note 1 cas de Quénu et 2 de mes observations.

Comment s'effectue la guérison ? C'est là un point laissé dans l'ombre par les observateurs, et sur lequel j'appelle l'attention.

Tous nos opérés sont passés par les mêmes phases, *amélioration immédiate*, *phase d'incertitude* et enfin *guérison radicale* pour deux d'entre eux et améliorations pour les deux autres.

Cette *amélioration immédiate* est très remarquable. Dès le soir de l'opération, l'exophthalmie diminue des deux côtés, ou d'une façon plus accentuée d'un côté que de l'autre.

L'expression du visage est modifiée dès le lendemain et les opérés ne dorment plus leurs yeux ouverts. Les paupières recouvrent maintenant le globe oculaire.

Cette guérison, qui n'est encore qu'apparente, se maintient pendant plusieurs jours, quelques semaines; mais sous l'influence

de la fatigue, de l'émotion, de l'effort, l'exophthalmie peut reparaître, intermittente cette fois, cessant avec la cause passagère qui l'a engendrée.

Le pansement enlevé, on peut constater une diminution dans la circonférence du cou de 1 à plusieurs centimètres.

La tachycardie, le tremblement musculaire, la diarrhée sont plus longs à disparaître et sujets à des retours offensifs.

Mais ces heureux changements ne sont pas encore définitifs et tous nos opérés ont subi un retour de la maladie. Cette période d'*incertitude* est d'une durée très difficile à préciser, puisqu'elle varie de plusieurs semaines à quelques mois.

Sous quelle influence se produisent ces troubles itératifs ?

Je ne suis pas en mesure de l'expliquer.

Un résultat certain et bien encourageant pour ceux qui répétèrent cette opération, c'est que tous les opérés, même ceux dont la guérison est lointaine, se félicitent d'avoir subi cette intervention chirurgicale : ils se sentent mieux, leur état général est meilleur.

Quels sont les revers de cette intervention ?

Sur 37 opérations recueillies à l'heure actuelle, il y a 5 morts rapides et 3 morts tardives.

Les morts rapides sont dues à une *pneumonie grippale* (Jaboulay) ; à une *congestion pulmonaire* au douzième jour (Jaboulay) ; à un *érysipèle de la face* au treizième jour.

Faure a perdu une de ses opérées, de syncope chloroformique, et enfin je vous ai déjà parlé de la mort d'un de mes opérés. C'est le sujet de l'observation IV, homme de quarante et un ans, qui était un alcoolique invétéré. Il a succombé à des accidents que nous considérons comme relevant du *delirium tremens*; on pourrait cependant discuter la mort par *toxémie thyroïdienne.*

Je laisse à votre jugement éclairé le soin d'apprécier ce qui est vraiment imputable, dans ces cas de morts, à l'acte opératoire.

Les morts tardives sont encore plus discutables, et j'en relève 3 ainsi caractérisées :

Une malade de Jaboulay meurt de néphrite parenchymateuse, un an et demi après l'opération.

Un autre succombe en six jours à une cautérisation d'un noyau thyroïdien pratiquée cinq semaines après l'intervention. Une malade de Peugniez, qui meurt de cachexie six semaines après.

J'élimine *a fortiori* de cette statistique l'opéré de Quénu, qui s'est empoisonné accidentellement avec de la digitaline deux mois et demi après la *sympathectomie.*

Je laisse de côté, à dessein, les accidents de peu d'importance, tels que : hyperémie de la conjonctive et de la face, l'hypersécré-

tion nasale, la chute de la paupière supérieure, la céphalée, l'hémorrhagie sous-conjonctivale, les crises de tachychardie, des douleurs occipitales très persistantes, etc.

Je veux dire un mot cependant des troubles mentaux, peu signalés par les auteurs, très accusés chez trois de mes malades (obs. IV, VI, VII), et qui créent un danger réel par suite de l'agitation, de l'insomnie, le refus d'alimentation. C'est là un facteur dont il faudra tenir grand compte dans le pronostic de l'acte opératoire.

Tel est le bilan, à l'heure actuelle, de la section ou de la résection du grand sympathique cervical dans le traitement du goitre exophthalmique.

Pour apprécier ces résultats, il faut considérer, d'une part, la gravité de cette affection, *dont on meurt*, *qui conduit parfois à l'énucléation du globe oculaire*, *qui compromet la vie sociale*, *sans compter les affres* par lesquelles passent ces malades.

Il faut peser, d'autre part, l'insuccès possible des thérapeutiques médicales et la gravité des actes opératoires entrepris contre le goitre exophthalmique.

L'exothyropexie a été abandonnée dans ces cas par M. Poncet.

Malgré quelques opinions dissidentes (Péan, Doyen), ce n'est pas devant vous qu'il faut refaire le procès de la thyroïdectomie appliquée à la cure de la maladie de *Basedow vraie;* je rappelle seulement ses difficultés opératoires, sa gravité dont Lejars, Poncet vous ont entretenu à cette tribune, son cortège de morts subites (Allen Staw, 23 cas sur 190 cas; Poncet (1), 2 cas sur 12; Lejars, 1 cas), sans escompter la fièvre opératoire, les complications pulmonaires, son impuissance thérapeutique, les récidives!

La section du sympathique ou sa résection partielle reste donc une ressource précieuse, en cas d'*insuccès* de la thérapeutique médicale.

Cette opération convient-elle à tous les cas de maladie de Basedow?

La distinction établie ici, il y a longtemps déjà, par le professeur Tillaux, entre le vrai goitre exophthalmique et le goitre basedowifié ou secondaire, doit être maintenue — contre les *tumeurs*, les *compressions* du corps thyroïde, amenant les symptômes de la maladie de Graves, contre les lésions à distance provoquant les

(1) Poncet. De nombreuses observations recueillies, soit en France, soit à l'étranger, sont venues démontrer le bien-fondé de cette opinion; elles ont établi le danger d'une véritable *toxémie thyroïdienne* dans les interventions opératoires sur le goitre exophthalmique, et cela, quelles que fussent la simplicité et la bénignité apparente de l'opération. *Bulletin médical*, 14 septembre 1897.

mêmes troubles, il faudra s'adresser à l'indication causale, — et, nous le répétons, cette lésion initiale provocatrice peut siéger dans le corps thyroïde, à son voisinage, ou à distance sur les organes génito-urinaires, l'abdomen, les fosses nasales (1).

Une dernière question, fort intéressante, resterait à discuter. Comment agit la résection sur la section du grand sympathique? C'est un problème de physiologie pathologique pur, auquel M. Abadie a attaché son nom, et que je n'ai pas à aborder. Il nous suffit de supposer, pour expliquer nos résultats, que le sympathique sert d'intermédiaire entre le *primum movens* de la maladie, quel qu'il soit, et les organes périphériques.

Communications.

Sur un traitement chirurgical de la symphyse cardo-péricardique (2),

par M. le professeur DELORME,
Médecin principal de 1re classe de l'armée,
Membre de l'Académie de médecine.

Si, en livrant à la publicité un mode de traitement qu'il a conçu et qu'il n'a pu encore appliquer, le chirurgien éprouve de légitimes regrets, par contre, à le taire trop longtemps, il risque de perdre le bénéfice de l'idée première et d'en compromettre l'application et l'examen. C'est pour éviter ce dernier écueil que je me résous à vous parler d'un traitement chirurgical de la symphyse cardo-péricardique, pour lequel, en 1895, j'ai déposé un pli cacheté à l'Académie de médecine, et dont je n'ai pu trouver l'emploi, malgré des appels réitérés adressés à mes collègues des services médicaux du Val-de-Grâce : MM. Richard, Du Cazal et Catrin.

Il consiste dans la section ou la destruction des adhérences cardo-péricardiques : c'est, appliqué au cœur, l'acte opératoire que j'ai imaginé pour le poumon.

(1) Boissou, dans sa thèse (p. 15), a pu relever 75 observations de maladies de Basedow, améliorées ou guéries par des opérations à distance. Ce sont les 43 cas de Janin, les 5 de Stocker, les 4 de Teithaber, les 3 de Van der Lenden, les 3 de Ferdorn, les 2 de Leflain, les 2 d'Odeije, les 2 de Bouilly, enfin ceux de Harh, Hoffmann, Fraenkel, Gottstein, Murehold, Picqué, Turgis, Doléris, Berger.

(2) Communication faite au Congrès de chirurgie de 1898.

Les accidents auxquels donne lieu la symphyse cardo-péricardique légitiment-ils semblable tentative? celle-ci est-elle réalisable, aisément ou difficultueusement, au prix de quels risques et par quels procédés? tels sont les points qui vont m'arrêter.

I. — Si, dans certains cas qui, d'ailleurs, ne peuvent inciter à une intervention, la symphyse cardo-péricardique n'entraîne aucun trouble notable et passe inaperçue, chez la majorité des symphysés, au contraire, des signes fonctionnels traduisent l'entrave apportée au fonctionnement du cœur.

Sans effort de réflexion, il est facile de se rendre compte de la gêne que peut éprouver un organe creux, en état constant de retrait ou de dilatation, du fait d'un étroit emprisonnement dans une coque rigide, à dimensions fixes, et qui, solidaire du diaphragme, est incessamment tendue par ce muscle. Cette symphyse ne trouble pas seulement les mouvements de systole et de diastole du cœur, elle limite ou empêche sa locomotion systolique en bas et en avant et son mouvement de torsion.

Des cardiopathies vives et persistantes réveillées par certains mouvements généraux ou l'expansion thoracique, l'hypertrophie, la dilatation du cœur, des troubles de nutrition du muscle cardiaque en seraient, d'après les classiques, les conséquences habituelles avec les insuffisances valvulaires, sans lésions, de la mitrale, des sigmoïdes, de l'aorte et les rétrécissements des gros vaisseaux. Pour Aran, la symphyse cardiaque exposerait plus à la mort subite que l'insuffisance aortique.

Il est légitime qu'une affection aussi sérieuse préoccupe la chirurgie, surtout quand — et c'est ici le cas — la médecine avoue son insuffisance.

II. — Cette destruction des adhérences est-elle réalisable, facile et sans danger pour le cœur?

De nombreuses autopsies publiées par divers auteurs, des nécropsies pratiquées par moi-même m'ont montré que la séparation d'adhérences totales était souvent possible, facile et sans danger pour l'intégrité du muscle cardiaque, quand les adhérences ne sont pas très anciennes.

Sur des cadavres de vieillards surtout, qui présentaient des adhérences péricardo-cardiaques totales, organisées depuis longtemps, la séparation a été tantôt possible, le plus souvent impossible; mais, dans ce cas, la chirurgie ne me semble pas désarmée et l'affection serait passible d'un mode d'intervention particulier.

Dans le cas d'adhérences localisées, de brides, la section de ces brides est presque toujours possible et ne demande qu'un peu de

prudence. Elles répondent, le plus souvent, à la pointe du cœur ou à son bord gauche.

Voilà pour les indications ou contre-indications mécaniques de l'opération; pour ce qui est des indications vitales, il semble, *a priori*, que l'intervention étendue devrait être appliquée surtout aux sujets jeunes, à cœur peu dilaté, qui ne sont pas arrivés à la période de dégénérescence ou de cachexie cardiaque.

Est-il nécessaire d'ajouter que l'opérateur doit ici se faire une règle d'une prudence qui n'exclut pas la hardiesse, qu'il doit toujours voir ce qu'il fait, se rapprocher du péricarde pariétal et procéder lentement ?

III. — Puisque les signes cliniques ne nous renseignent guère, à l'heure actuelle, sur la résistance des adhérences, il semble utile de commencer par une péricardotomie linéaire faite en bon point, d'autant que cette opération, au cas où la séparation étendue des adhérences serait impossible, aurait son utilité, comme je le ferai remarquer.

C'est au niveau du 5e cartilage costal qu'il faut faire porter la brèche pariétale de 7 à 8 centimètres qui permettra d'atteindre le péricarde au niveau, ou plutôt un peu au-dessus de son insertion diaphragmatique. On arrive sur l'enveloppe péricardique en suivant la technique et les précautions que M. le professeur agrégé Mignon et moi avons indiquées dans la *Revue de chirurgie* (octobre et novembre 1895) ; on l'incise horizontalement, puis, soulevant la lèvre supérieure de la section pour se donner du jour, on cherche à dégager les adhérences sur le bord droit du cœur, le plus accessible.

Si les adhérences sont totales et de séparation assez facile, on augmente la brèche thoracique par l'incision linéaire du 4e espace et par la résection chondrale du 4e cartilage, en prolongeant cette dernière plus en dehors que pour les incisions péricardiques ordinaires quoique avec les mêmes précautions, etc., au besoin, on se donne encore du jour par une excision peu étendue du 3e cartilage.

Après avoir séparé le péricarde pariétal de bas en haut, on l'incise linéairement sur le doigt, qui le soulève, et son dégagement est poursuivi exclusivement sur les ventricules et l'origine des gros vaisseaux. La minceur des oreillettes commande de s'abstenir de toute action à leur niveau.

Le doigt, des instruments mousses, des ciseaux mousses agissant sur ou contre le péricarde pariétal, serviraient au dégagement.

Une fois dégagé, on pourrait conserver ou exciser la portion du

péricarde séparée, une adhérence partielle serait chargée sur le doigt et coupée avec des ciseaux mousses, toujours en se rapprochant du péricarde pariétal.

Si les adhérences étaient trop intimes pour permettre une séparation, on se contenterait de la section du péricarde à ses attaches diaphragmatiques antérieures, depuis le bord gauche du sternum jusqu'au niveau de la pointe du cœur, sans atteindre le phrénique gauche.

Même par cette opération limitée, on obtiendrait encore un résultat fort utile. En séparant, en effet, les attaches péricardo-diaphragmatiques inférieures, on met fin à la production de ces dépressions sous-costales qui, comme dans un cas de Morel-Lavallée, ressemblent à des sortes d'aspiration, et en facilitant ainsi le retrait diastolique, on diminue ou on supprime des efforts si préjudiciables à des cœurs malades (1).

Ce signe de la dépression thoracique qui eût dû depuis longtemps parler à l'esprit du chirurgien, précise donc le siège du mal et fixe celui de l'intervention.

Que si, au cours de ces diverses opérations et surtout de la dernière, on rencontrait une médiastinite adhésive, il serait indiqué, avant tout, de rompre les adhérences péricardiques externes dans leur étendue chondro-sternale. L'éloignement du cœur rend d'ailleurs la chose facile et sans dangers.

M. Terrier. — L'opération dont parle M. Delorme n'ayant pas été faite, il est difficile de la discuter; mais je voudrais dire à M. Delorme qu'on peut ouvrir le péricarde plus largement encore qu'on ne l'a indiqué. Dans les opérations faites sur le cœur pour traumatisme, dans lesquelles on a été jusqu'à la suture des oreillettes, on a dû ouvrir le péricarde, et M. Rehn en particulier et des chirurgiens italiens, G. Farina, Cappelen Parrozani, Giodano, ont, dans ces cas, fait l'ouverture large. Il ne faut pas craindre de donner du jour par la section des côtes et au besoin du sternum. Je prépare en ce moment un travail sur les lésions traumatiques du cœur, et dans les documents que j'ai rassemblés,

(1) Pendant la diastole, le diamètre transversal des ventricules augmente, et l'antéro-postérieur diminue, le cœur tend à abandonner la paroi thoracique. Il est certain qu'il ne peut le faire sans effort, si les adhérences pariéto-diaphragmatiques antérieures sont courtes et étendues. Pendant la systole, au contraire, le diamètre transversal diminue et le cœur se rapproche de la paroi antérieure du thorax; ce seraient les adhérences postéro-latérales gauches qui limiteraient le plus ce mouvement.

En arrière, la paroi du cœur reste fixe en diastole et en systole, d'où l'inutilité d'une intervention postérieuse, d'ailleurs des plus difficiles.

j'ai trouvé entre autres cette observation: Il s'agissait d'une jeune fille, qui avait reçu une balle dans le cœur, on put ouvrir largement la cavité péricardique ; avec le doigt on put palper le cœur, on put même tirer le cœur hors de la cavité, le manier, le palper et le rentrer sans d'ailleurs trouver le projectile qu'on n'a reconnu que par la radiographie ; sur les deux épreuves de radiographie antérieure et postérieures, on voit en effet cette balle (1). D'après ces faits, je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas ouvrir très largement le péricarde comme le propose M. Delorme.

M. Delorme. — Je suis heureux de constater que ma *proposition* n'a soulevé aucune objection ; que, bien plus, M. Terrier, qui a récemment étudié les questions d'intervention cardo-péricardique, ne serait pas éloigné de pratiquer de plus larges brèches thoraciques.

Lecture.

1° *Traitement des kystes hydatiques du foie par le procédé de Bogroff.*

2° *Suture de la paroi abdominale, au moyen de fils temporaires,* par M. Jonnesco.

Les communications sont renvoyées à l'examen d'une commission : M. Gérard Marchant, rapporteur.

Présentation de malades.

Péritonite suppurée diffuse d'origine appendiculaire. Laparotomie. Guérison.

M. Lejars. — Les faits de péritonites diffuses, d'origine appendiculaire, traitées et guéries par la laparotomie, le lavage et le drainage, ne sont plus exceptionnels : ils sont pourtant trop intéressants et trop encourageants pour que des exemples nouveaux ne soient pas utiles à citer.

Le jeune garçon de seize ans, que j'ai l'honneur de vous pré-

(1) Podiez de Kharkoff (*Vratcht*, 1898, n° 26, p. 749, 758).

senter, nous fut amené à l'hôpital Beaujon, en mars dernier, dans l'état le plus lamentable. L'affection avait débuté brusquement, dans la nuit du 18 au 19 mars, par une douleur violente, bien localisée à la fosse iliaque droite, et très rapidement les accidents d'appendicite avaient revêtu une extrême gravité.

Il ne fut transporté à l'hôpital que le 21 : le facies grippé, les vomissements incessants et verdâtres, le pouls misérable, la sensibilité très marquée de tout le ventre, tendu et ballonné, la constipation absolue témoignaient nettement de la complication péritonitique.

Je l'opérai séance tenante, et je pratiquai d'abord l'incision ordinaire dans la fosse iliaque droite : je tombai dans un foyer suppuré, au milieu duquel je trouvai deux petites boulettes, dures et stratifiées, de matières fécales, qui révélaient la perforation appendiculaire; de fait, l'appendice fut découvert aisément en arrière et en dehors du cæcum; il était sphacélé et à demi rompu à sa partie moyenne; il fut isolé et réséqué.

Cependant le pus continuait à couler en abondance de la partie interne, et, en soulevant la paroi, il me fut facile de reconnaître que les anses intestinales baignaient complètement dans le liquide purulent, sans adhérences, sans la moindre trace d'enkystement. Je pratiquai alors une seconde incision médiane, et, par la double voie, je me mis en devoir de faire un grand lavage à l'eau bouillie chaude, que je poursuivis jusqu'à ce que le liquide reparût entièrement clair. Le lavage ramena une quantité de pus considérable, qui s'échappait de toutes les régions de l'abdomen. Deux gros drains furent laissés dans la plaie iliaque; un autre, dans l'incision médiane puis les deux plaies furent seulement rétrécies par quelques points.

Dans la journée, on injecta sous la peau deux litres de sérum artificiel, et l'on continua ces injections pendant une dizaine de jours, à la dose quotidienne de 1,200 à 1,500 grammes. Après quarante-huit heures d'un état encore très inquiétant, la situation s'améliora, les vomissements cessèrent, le pouls reprit de la force ; soigné avec beaucoup de persévérance par l'interne du service, M. Albert Jalaguier, le petit malade reprit rapidement ses forces, et, le 4 juin, il quittait l'hôpital complètement guéri.

Sa santé est aujourd'hui florissante et il travaille toute la journée.

Présentation de pièces.

Malformation congénitale de la vessie. Vessie à trois loges.

M. A. Routier. — La vessie que j'ai l'honneur de vous présenter provient d'un homme de soixante ans qui est mort dans mon service le 15 août 1898.

Cet homme, entré pour une rétention d'urine, était, le 3 août, dans un état fébrile grave ; la prostate n'était pas grosse, il n'avait pas de rétrécissement; il fut sondé facilement; on retira une quantité médiocre d'urine, qui fut suivie d'une assez notable quantité de pus pur et infect.

Le lavage de la vessie présentait cette particularité que l'eau revenait d'abord propre, puis qu'il venait du pus aussi épais et aussi infect qu'au début.

Ajoutez à ces indications l'existence d'une grosse tumeur remplissant la fosse iliaque droite, l'œdème de la paroi abdominale, sans que la cavité de Retzius fût prise.

Ne pouvant, par le cathétérisme et par les lavages, faire disparaître ni la fièvre ni la tumeur, je pratiquai l'ouverture de la vessie le 9 août 1898.

La vessie ouverte était petite; en l'explorant avec le doigt, j'arrivai facilement à trouver deux orifices symétriques qui occupaient la place normale de l'abouchement des uretères.

Dès que j'introduis mes doigts dans ces orifices, il vient des flots de pus, analogue à celui qui sortait à la fin du cathétérisme ou des lavages.

Je fais pénétrer une grosse canule du laveur dans l'orifice droit; le pus sort, et la tumeur iliaque droite s'affaisse ; je pense que je suis en face d'une énorme dilatation uretérale.

Le petit bassin est encore rempli par une tumeur; celle-ci disparaît quand, mettant une canule dans l'orifice gauche, je fais sortir une notable quantité de pus semblable à celui que j'ai obtenu à droite. J'en conclus que c'est l'uretère gauche très dilaté et purulent.

Les deux cavités droite et gauche, bien explorées, sont lavées et drainées ; la vessie est laissée ouverte.

Le malade meurt le 15.

En examinant les pièces, on voit que les uretères sont sains et à calibre normal, mais qu'ils s'abouchent à côté de deux poches à peu près d'égal volume, qui, aujourd'hui, après une immersion

de plus de deux mois dans l'alcool, ont chacune le volume d'une orange; la vessie, au milieu, n'est pas plus volumineuse.

Il semble que ces deux poches, ces deux diverticules, sont normaux ; tout me fait croire que nous sommes en face d'une anomalie congénitale et que les accidents urinaires sont dus à la stagnation qui s'est faite dans ces poches, du jour où, moins contractiles par l'effet de l'âge, elles n'ont plus pu se vider.

Il ne me paraît pas qu'on puisse expliquer l'existence de ces deux poches symétriques, à côté desquelles s'abouchent les uretères, par hernie de la muqueuse vésicale, ou par des foyers de péricystite.

En un mot, je crois vous présenter des lésions provenant d'une anomalie congénitale.

Les n°s 67, 69, 71, 72, du Musée Dupuytren, sont des pièces qui ont quelque rapport avec celle-ci, sans présenter la même symétrie.

M. Reynier. — Je voudrais rapprocher de cette observation celle d'un malade que j'ai opéré l'année dernière par la taille sus-pubienne, pour des hématuries rebelles. Je trouvai une poche semblable à celle que vient de vous montrer M. Routier et qui ne s'ouvrait dans la vessie que par un orifice admettant la pulpe du doigt. Dans cette poche, je trouvai un gros calcul que je ne pus extraire qu'en le brisant et en dilatant l'orifice.

J'ajoute que mon malade a parfaitement guéri.

Cette poche m'avait paru, comme celles que présente M. Routier, être plutôt une cellule vésicale très dilatée.

M. Routier. — Les deux poches sont bien symétriques, c'est ce qui me fait penser qu'il s'agit plutôt d'une malformation congénitale.

Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie et entéro-anastomose complémentaire avec le bouton de l'auteur. — Guérison opératoire. — Mort tardive.

M. Chaput. — Il s'agit d'une malade de trente-neuf ans, atteinte de troubles gastriques depuis un an et demi (hématémèses, dyspepsie, vomissements incessants). Elle présentait, en outre, une tumeur épigastrique avec dilatation stomacale assez considérable.

Je fis, le 25 juillet 1898, la gastro-entérostomie postérieure avec un de mes boutons n° 3, puis l'entéro-anastomose complémentaire avec le bouton n° 1.

La malade supporta très bien l'opération et rendit ses deux boutons au dix-septième jour. A partir du jour de l'opération, les vomissements furent supprimés et les troubles digestifs disparurent.

La malade présenta bientôt des signes de cachexie (œdème des jambes, amaigrissement) puis des eschares au niveau du trochanter et mourut d'épuisement, le 6 octobre 1898.

A l'autopsie, on constate l'existence d'un volumineux néoplasme pylorique qui n'a nullement envahi la nouvelle bouche stomacale; celle-ci est très large : elle admet facilement l'extrémité de deux doigts, ses bords sont minces et très souples.

L'orifice de l'entéro-anastomose est encore plus considérable : il reçoit facilement trois doigts, ses bords sont très minces et parfaitement souples.

J'insiste tout spécialement sur la largeur des orifices fournis par mon bouton; ces ouvertures sont toujours égales aux diamètres du bouton lui-même, mesurés dans sa plus grande largeur et longueur.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SEANCE DU 2 NOVEMBRE 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. POZZI, qui demande un congé jusqu'au 1er janvier prochain;

3° Un travail de M. HEURTAUX (de Nantes), qui sera lu au cours de la séance;

4° Un mémoire manuscrit, pour le prix Gerdy, sur les *névrites périphériques au point de vue chirurgical*, sous la devise : « *Judicium difficile* »;

5° Un mémoire manuscrit, pour le prix Demarquay, sous la devise : « Les sciences se font par addition; n'étant possible qu'un même commence et achève »;

6° Un mémoire manuscrit, pour le prix Laborie, sous la devise : « *Labor improbus omnia vincit* », nos 222-89;

7° Un mémoire manuscrit, pour le prix Laborie : « *Recherches sur l'anatomie chirurgicale et les voies d'accès du cholédoque*, sous la devise : « *Donec optata veniant, rigabo* ».

M. BERGER annonce à la Société que M. A. REVERDIN (de Genève) assiste à la séance.

A propos de la correspondance.

Kyste hématique de la rate contenant près de 10 litres de liquide,

par M. A. HEURTAUX (de Nantes), membre correspondant.

Il m'a été donné d'observer, il y a quelque temps, une malade atteinte de kyste hématique de la rate. La rareté de cette affection et les indications opératoires qu'elle comporte m'engagent à publier ce fait intéressant.

Observation. — M[lle] L..., ving-sept ans, de Malestroit, m'est adressée par M. le D[r] Robert pour une tumeur du ventre. Je la vois le 16 avril 1896.

Quoique d'apparence un peu délicate, cette jeune fille n'a fait aucune maladie; elle n'a eu notamment ni bronchites, ni pleurésie, ni glandes engorgées ni fièvres intermittentes.

Réglée pour la première fois à treize ans et demi, elle a eu une suspension de ses époques pendant dix-huit mois, puis les règles sont revenues à quinze ans et depuis lors ont été à peu près régulières, à des intervalles de vingt-trois, vingt-quatre jours. Elles durent de trois à quatre jours, sont modérées; le sang est bien coloré.

Il y a huit ans, cette jeune fille a fait une chute sur le dos, dans un escalier, d'une hauteur de quatre marches. Au moment de l'accident, elle a ressenti dans le flanc gauche une douleur qui a persisté quelques jours.

Un an après, M[lle] L..., s'est aperçue qu'elle avait dans le flanc gauche une grosseur du volume du poing, non douloureuse, ne paraissant pas mobile. Depuis lors, cette tumeur a progressivement grossi, sans que la santé générale ait été aucunement troublée.

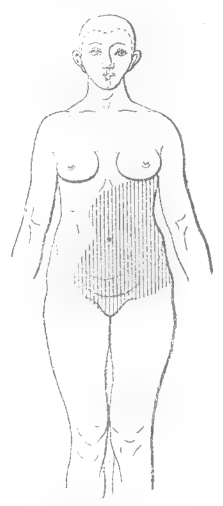
État actuel. — Ventre très développé, mais irrégulier, beaucoup plus bombé dans sa moitié gauche. La disproportion entre les deux côtés du corps est manifeste, surtout au niveau de la taille : tandis que, du côté droit, existe la dépression normale qui répond aux dernières côtes, à gauche, la base de la poitrine est soulevée au point de produire une voussure qui, en bas, se continue avec la saillie du ventre et qui s'étend en haut jusqu'au tiers supérieur de la poitrine, dont les côtes sont soulevées.

Au palper du ventre, la main sent une tumeur dont les limites sont faciles à établir. Cette tumeur occupe les trois quarts gauches de la cavité abdominale. Au flanc gauche, immédiatement appliquée contre les parois du ventre; à droite, au contraire, elle ne s'étend pas jusqu'au contact de la paroi, En haut, vers l'hypochondre droit, la tumeur a un bord presque anguleux, tandis qu'au dessous, le bord est régulier et mousse. En avant, au niveau de l'hypogastre, la tumeur forme un relief beaucoup plus saillant, globuleux, étendu de l'ombilic au pubis,

ressemblant assez bien à l'utérus gravide ou à la vessie distendue par l'urine; mais le toucher vaginal fait reconnaître un utérus petit, normal, et le cathétérisme prouve que la vessie est vide.

Dans le quart droit de l'abdomen, dans toute sa hauteur, la percussion donne une sonorité parfaite; on trouve également de la sonorité entre le foie et la partie la plus voisine de la tumeur. Dans ses trois quarts gauche au contraire, le ventre offre une matité absolue; et cette matité monte sans interruption jusqu'au tiers supérieur du côté gauche de la poitrine. J'ajoute que, dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, au niveau de la ligne axillaire, à gauche, la respiration est absente.

Enfin, toute l'étendue de la tumeur est manifestement fluctuante, sauf dans une zone très limitée, au voisinage de l'hypochondre droit. Cette fluctuation, très nette, se transmet d'une main à l'autre entre les points les plus éloignés, ce qui prouve que la cavité est uniloculaire. Les parois de la poche sont souples, mais tendues, et ne donnent pas l'impression d'une minceur extrême.



Kyste hématique de la rate.

A la gauche de la malade, large zone de matité absolue.

Tenant compte du siège de la tumeur, de l'extension qu'elle a prise du côté gauche de la poitrine, je diagnostique un kyste développé probablement dans la rate. Un kyste de l'ovaire, une péritonite tuberculeuse limitée, une hydronéphrose n'auraient pas cette apparence. Quant à la nature du kyste, elle reste indécise; la plus grande fréquence des hydatides de la rate fait pencher vers cette supposition.

L'état général de la malade est fort bon : il n'y a pas eu d'amaigrissement; l'appétit est régulier, les digestions faciles; à noter seulement un peu de constipation habituelle. La miction est normale, les urines ont toujours été naturelles. Rien du côté du cœur ni des organes de la respiration.

Opération pratiquée le 20 avril 1896. — Laparotomie médiane; incision de 12 à 15 centimètres. La paroi du kyste a une coloration violette; on reconnaît de suite qu'elle est pourvue d'un feuillet péritonéal jouissant d'une certaine mobilité. La main introduite dans l'abdomen trouve la tumeur libre en avant et à droite; mais à gauche, à environ 10 centimètres de l'incision, on est arrêté par le feuillet péritonéal, qui se réfléchit de la surface du kyste vers la paroi du ventre. Ainsi le kyste est largement bridé et immobilisé par le feuillet séreux qui le revêt. L'incision des parois abdominales est alors agrandie de façon à dépasser l'ombilic de quelques centimètres.

La paroi kystique se montre ainsi à découvert dans une grande étendue. Son feuillet séreux est largement incisé et on le décolle à droite et

à gauche pour décortiquer le mieux possible la paroi du kyste; mais on est bientôt arrêté à cause des adhérences serrées ou plutôt de la fusion complète qui existe entre le feuillet séreux et la paroi propre du kyste. La poche est ponctionnée avec le gros trocart, et l'on voit sortir un liquide épais, couleur de chocolat foncé, contenant un grand nombre de grumeaux noirs, fermes, constitués par du sang altéré. La quantité de liquide évacué est de *neuf litres trois quarts.* Le kyste étant vidé, on l'ouvre largement avec des ciseaux et l'on tente d'en décortiquer une nouvelle zone; mais la chose est impossible; on se borne à réséquer la portion qui a pu être libérée et qui ne représente qu'une bien petite partie du kyste, comparée à la totalité de la poche.

Puis on procède au nettoyage de la cavité kystique. La main et l'avant-bras sont introduits et enlèvent une quantité considérable de caillots noirs, anciens, adhérents aux parois ou libres dans la cavité. Il en est de gros comme le pouce et même comme des noix. On reconnaît, comme on pouvait le prévoir d'après l'examen clinique, que le kyste remonte très haut dans le côté gauche de la poitrine, le diaphragme ayant été singulièrement refoulé par la tumeur; aussi le bras s'enfonce dans cette direction à une effrayante profondeur.

Après l'action des doigts, on se sert de la curette pour nettoyer plus complètement la paroi; mais on est bientôt contraint de s'arrêter, car le curettage, même fait avec précaution, provoque l'écoulement d'une notable quantité de sang d'un rouge vif.

On achève le nettoyage de la poche en y faisant passer 10 à 12 litres d'une solution salée à 7 grammes par litre et à la température de 40 degrés centigrades.

Il reste à marsupialiser le kyste en fixant son ouverture à une partie de l'incision des parois abdominales. Tout d'abord, on réunit par un surjet de catgut les bords du feuillet séreux du kyste et du péritoine pariétal. Cette première suture ferme la cavité péritonéale. Puis les bords réséqués de la paroi kystique, épais et de consistance fibreuse, sont suturés, également au catgut, par points séparés, avec la partie moyenne de l'incision des parois du ventre. Cette suture comprend tout à la fois l'aponévrose et la peau. Enfin, au-dessus et au-dessous de cette marsupialisation, les parois du ventre sont solidement suturées à l'ordinaire.

Quatre gros drains sont laissés à demeure : deux très longs s'enfoncent en haut jusqu'au point le plus élevé du kyste, deux en bas se dirigent au point le plus déclive.

Le segment de poche réséqué permet d'étudier la structure de la paroi du kyste. Son épaisseur est de 3 à 4 millimètres, sa résistance grande, et l'examen histologique y fait reconnaître exclusivement du tissu fibreux dense, à fibres feutrées.

Analyse du liquide, séparé de ses caillots, par M. Andouard, professeur de chimie à l'École de médecine de Nantes :

Liquide visqueux, infiltrable, d'un brun rouge foncé, très trouble.

Réaction : neutre;

Densité : 1029 à 15 degrés.

Composition chimique.

Globules rouges et blancs	0,712
Sérine	3,396
Sérum globuline	2,194
Urée	0,021
Cholestérine	0,480
Chlorures alcalins	0,608
Sulfates, carbonates, etc.	0,210
Principes non dosés (leucine, etc.)	0,975
Eau	91,404
	100,000

Examen microscopique du dépôt : Hématies, leucocytes, granulations sanguines très ténues, cellules granulo-graisseuses, cholestérine; le tout en abondance.

Dans les jours qui ont suivi l'opération, nous n'avons pas d'incident grave à noter. La malade n'a pas eu de fièvre; les pansements ont été faits à intervalles de quatre ou cinq jours. On a pris soin, à chaque pansement, de faire dans le foyer des lavages qui, pendant trois mois, ont fréquemment fait sortir de gros grumeaux noirâtres (concrétions sanguines des parois).

Neuf jours après l'opération, la suture des parois du ventre avait été enlevée, et les drains se dirigeant vers l'extrémité supérieure du kyste raccourcis de 10 centimètres.

Le vingtième jour, les mêmes drains ont été encore diminués de longueur et les deux drains inférieurs supprimés, cette portion de la poche étant bien revenue sur elle-même. A partir de ce jour, à chaque pansement, on injecte dans la poche environ 50 grammes d'éther iodoformé au dixième.

Le 19 mai, un mois après l'opération, on constate que la matité thoracique a disparu. L'un des drains supérieurs est enlevé; le dernier, très raccourci, ne s'enfonce désormais dans la cavité qu'à la profondeur de 15 centimètres. Cette cavité s'est évidemment très rétrécie et l'orifice du trajet, profondément déprimé, prouve que la poche se rétracte avec énergie. Au palper, on sent dans la cavité abdominale que la paroi du kyste, indurée et réduite, constitue une sorte de gros trajet fibreux, profond. L'état général est excellent; la malade engraisse.

Vers la fin de juillet, trois mois après l'opération, Mlle L... éprouve tout à coup, sans cause déterminante, des tiraillements très douloureux à la base de la poitrine, à gauche. Il semble que cette douleur ait été causée par la rupture d'adhérences unissant le kyste au diaphragme, car les jours suivants, j'ai constaté que la cavité avait diminué de profondeur. Quinze jours après, le même phénomène se reproduit et les jours suivants la cavité est devenue encore moins profonde.

L'état de la malade est devenu très satisfaisant. Le trajet fistuleux, devenu très étroit, s'enfonce encore obliquement en haut et en arrière vers la région lombaire, au voisinage de la douzième côte, à une profondeur de 15 centimètres environ. Il fournit une certaine quantité de

pus qui nécessite un pansement tous les trois jours. Le gros drain est remplacé par un autre de petit volume; on y injecte habituellement de l'éther iodoformé et, de temps à autre, une solution de chlorure de zinc au douzième. La malade retourne chez elle à la fin d'août; on lui recommande de continuer avec soin ses pansements et les injections antiseptiques.

La jeune fille revient me trouver quatre mois après, dans les derniers jours de décembre. Le trajet fistuleux ne s'est aucunement modifié; il suppure toujours un peu et présente la même profondeur. Il est évident, qu'il est nécessaire de faire une contre-ouverture en arrière, afin de permettre au pus de s'écouler librement dans la position couchée.

Le 2 janvier 1897, je procède à cette petite opération. Une incision de 3 centimètres est faite au contact et à la partie moyenne de la douzième côte. Un cathéter de Béniqué, introduit dans le trajet, est alors facilement senti et permet de pénétrer dans la partie la plus déclive du foyer. On met un drain de petit volume, qui dépasse les deux orifices du trajet, et des lavages sont faits tous les deux jours.

Un mois après, l'écoulement étant presque nul, le drain est supprimé et le trajet fistuleux se bouche définitivement.

Pendant les quatre ou cinq mois qui ont suivi, la malade a eu, à plusieurs reprises, des sensations de tiraillements douloureux que j'attribue à la rétraction progressive du gros cordon fibreux qui s'est constitué à la place occupée par la poche kystique.

La guérison date de dix-huit mois ; elle ne s'est pas démentie.

Réflexions. — Les faits de cette nature sont infiniment rares.

De tous les kystes que l'on peut rencontrer dans la rate, les hydatiques sont incontestablement de beaucoup les plus communs.

A côté d'eux, on a mentionné quelques exemples de kystes séreux simples, habituellement uniloculaires, quelquefois multiloculaires (Andral, Leudet, Péan).

Quant aux kystes hématiques ou séro-hématiques, on n'en possède qu'un très petit nombre d'exemples.

Livois (1) a cité le cas d'un homme de quarante-six ans, atteint depuis quatre années d'accidents paludéens. On sentait dans l'hypochondre et le flanc gauches une tumeur fluctuante, plus saillante au voisinage de l'ombilic. A l'autopsie, on trouva une rate volumineuse, ayant à son extrémité supérieure un kyste d'un volume comparable à un gros œuf d'autruche. Le contenu était une sérosité rougeâtre très foncée et de la fibrine rosée filamenteuse. Les parois étaient friables. La rate, y compris le liquide que renfermait le kyste, avait un poids de sept livres.

Le professeur Terrier a publié un cas bien plus intéressant

(1) *Soc. Anat. de Paris*, 1838, p. 289.

dont voici le résumé succinct : Une femme de trente-trois ans est observée par ce chirurgien à la fin d'octobre 1891. Le ventre avait augmenté de volume depuis six mois. M. Terrier reconnaît, au niveau de l'ombilic, une tumeur du volume du poing, dépassant la ligne médiane à droite de 4 centimètres et se prolongeant à gauche de 10 centimètres environ. Cette tumeur est mobile dans tous les sens. En haut et à gauche, existe un large et solide pédicule qui remonte sous l'hypochondre. Diagnostic : kyste, peut-être hydatique, de l'épiploon ou de la rate. Origine attribuée par la malade : contusion causée par un jet d'eau violemment dirigé, pendant une douche, juste au point où s'est développée la tumeur. — Opération : laparotomie médiane sus- et sous-ombilicale; le péritoine ouvert, on repousse à droite l'épiploon, l'estomac et les anses grêles de l'intestin. On arrive sur une tumeur arrondie, adhérente de tous côtés à l'épiploon gastro-splénique; ces adhérences sont facilement détruites. La tumeur, de couleur rouge brun, est ponctionnée et l'on en retire du sang avec des caillots; du reste, la poche kystique se déchire, et il en sort un liquide noirâtre. Ce kyste semble formé par un décollement de la capsule et occupe la face concave de la rate, un peu hypertrophiée : Excision, avec les ciseaux, de toute la paroi kystique; puis cautérisation de la section et de la surface splénique incluse dans le kyste, avec le thermocautère. Rate replacée dans l'hypochondre; suture à trois étages. — Guérison.

L'Institut international de Bibliographie scientifique m'a indiqué un autre fait se rattachant au même sujet. Un chirurgien russe, Yakovlew, aurait fait une splénectomie pour kyste hématique de la rate. Malheureusement je n'ai pu me procurer le texte de cette observation.

Tels sont les seuls exemples de kystes hématiques de la rate qu'il m'a été possible de réunir; c'est la preuve de l'extrême rareté de cette affection.

A côté de cela, je mentionne pour mémoire un cas de kyste périsplénique sanguin emprunté à Subbotine et dont voici l'analyse :

« L'auteur a observé le cas suivant, en janvier 1892, à l'hôpital de Belgrade : homme de trente ans, paludique; pas de traumatisme. A gauche, sous les fausses côtes, se trouve une masse se dirigeant à droite vers la ligne médiane, de forme oblongue, lisse, fluctuante, facilement délimitable, dont l'extrémité inférieure s'en va jusqu'à l'épine antéro-supérieure. Diagnostic : kyste péri-splénique sanguin ou à échinocoques. Anesthésie chloroformique, incision. Le péritoine est intimement lié aux parois de la tumeur dont il s'écoule 1,500 grammes d'un liquide san-

guinolent. La cavité abdominale ne fut pas ouverte. Le microscope ne révèle rien de particulier dans le liquide. Au fond de la cavité, on perçoit nettement l'extrémité de la rate. Guérison rapide de la plaie opératoire. L'impaludisme (type tierce) ne fut nullement modifié (*Anal.*, I. B. S.). »

Dans les kystes hématiques de la rate, le traumatisme paraît jouer un rôle important. La malade du Dr Terrier accusait l'action d'une douche énergique ; chez mon opérée, la chute sur le flanc gauche a certainement été la cause du développement de la tumeur.

Il pourrait se faire cependant qu'une altération préalable du tissu splénique fût susceptible de conduire à un semblable résultat, ainsi qu'il résulte d'une note de Pilliet insérée dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris* (1) et relative à la transformation des angiomes de la rate en kystes hématiques. Voici un abrégé de cette note :

« Chien de moyenne taille tué par les sels de baryte, dans une série d'expériences n'ayant pas de rapports avec l'objet présent de cette communication.

La rate mesure 14 centimètres de longueur sur 3 de largeur; elle est aplatie, et, en apparence, normale. On constate, à son extrémité postérieure, la présence d'un kyste sanguin, du volume d'une petite noix entourée de son brou: diamètre 3 centimètres et demi. La pièce étant durcie par le liquide de Muller, les caillots du kyste sont énucléables et recouverts par une membrane mince et transparente qui n'est autre que la capsule non hypertrophiée de la rate.

La masse du kyste, au niveau de son pédicule, laisse voir, quand on la détache, les trabécules spléniques hypertrophiées; le contenu est constitué par du sang pur en nature..... Dans ce sang, grande quantité de cellules à hémoglobine, à protoplasma volumineux...

Indépendamment de ce gros kyste, on en rencontre un autre, du volume d'une amande de noisette...; deux plus petits..., et quatre ou cinq kystes sanguins à la surface..., ayant le volume d'une tête de grosse épingle à une tête de petite épingle.

Même structure dans tous...

Résumé : cette rate montre des angiomes veineux, puisqu'ils sont développés dans la pulpe, dont l'origine embryonnaire est veineuse. Ils contiennent des globules jeunes... On est donc autorisé à rapprocher ces angiomes veineux des angiomes veineux du foie... »

(1) *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 1892; p. 905-907 (I.B.S).

Indications opératoires. — En présence d'une tumeur de cette nature, l'intervention opératoire s'impose évidemment; mais le procédé doit varier dans les différents cas.

Je ne crois pas qu'on doive songer à l'ablation complète de la rate. Bien que la suppression de cet organe ne semble pas avoir de conséquences sérieuses, la splénectomie est une opération trop grave pour qu'on l'applique au traitement de simples kystes. Il est beaucoup plus rationnel de s'attaquer exclusivement au kyste lui-même, et alors, deux cas peuvent se présenter :

1° Si la tumeur est de volume médiocre, il faut imiter la conduite de M. Terrier, c'est-à-dire exciser largement toute la paroi et toucher au thermocautère la section et toute la surface splénique incluse dans le kyste. Les parois du ventre peuvent alors être entièrement suturées.

2° Si le kyste est d'un volume énorme, comme celui dont j'ai donné l'observation, la résection totale de la paroi est impossible. Après avoir, dans une bonne étendue, incisé le feuillet séreux qui couvre le kyste, les lèvres de cette séreuse seront suturées avec le catgut aux deux bords de la séreuse pariétale, afin d'isoler entièrement la cavité du péritoine. Puis le kyste, largement ouvert et vidé de son contenu, sera lavé avec l'eau salée. Alors la paroi propre du kyste, décollée des parties voisines, sera excisée dans la plus grande étendue possible et ses bords seront fixés, par points séparés de catgut, à l'aponévrose et à la peau des parois abdominales. Au-dessus et au-dessous de cette marsupialisation, la plaie des parois abdominales devra être réunie à l'ordinaire par trois plans de sutures. De très gros et très longs drains doivent être laissés à demeure.

Si l'on avait affaire à un kyste semblable, il ne suffirait pas de marsupialiser la poche à la partie antérieure du ventre : il conviendrait d'établir de suite une contre-ouverture au point le plus déclive, immédiatement au-dessous de la douzième côte, vers la partie moyenne de cet os. Ce serait le moyen de hâter beaucoup la guérison.

A l'occasion du procès-verbal.

De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval (suite).

M. Nimier. — Depuis ma communication au Congrès de chirurgie, en octobre 1897, j'ai reçu dans mon service au Val-de-Grâce, six militaires atteints de contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. Tous ont guéri; un seul a été laparotomisé par

mon collègue, M. Loison, qui vous l'a présenté dans une des dernières séances. Il s'agissait d'une déchirure de la rate dont les symptômes imposaient l'intervention ; ce cas ne saurait, par suite, entrer en ligne de compte dans la discussion sur l'opportunité d'une *laparotomie exploratrice*, lorsque, comme c'est la règle, l'aspect clinique du blessé n'indique pas l'existence d'une lésion intestinale.

En pareil cas, d'après ma pratique, avant d'intervenir je me crois autorisé à attendre les premiers indices de l'infection péritonéale et de l'intoxication générale; ce n'est pas un symptôme, mais bien l'ensemble des phénomènes locaux et généraux présentés par le patient qui doivent justifier la laparotomie. Du reste, l'indication d'agir, dans les cas où elle s'est posée, est devenue nette entre la douzième et la vingt-quatrième heure après l'accident; c'est du moins ce qui ressort pour moi de la lecture des observations des cas de mort survenue sans que le chirurgien ait rien tenté. D'autre part, dans la grande majorité des cas où la laparotomie a été pratiquée, elle l'a été, alors qu'il existait des symptômes de péritonite ou d'hémorrhagie. Je ne connais que sept laparotomies véritablement exploratrices (MM. Michaux (2), Potherat (2), Février, Guinard, Rioblanc) ; six ont été suivies de guérison. Or, une fois l'opération était inutile; il n'existait pas de lésion profonde.

Une fois elle n'a pas permis de reconnaître celle qui existait ; mais une deuxième intervention a sauvé le blessé.

Deux fois il s'agissait de déchirure de l'épiploon gastro-hépatique ou du mésentère, et l'opération eût pu être retardée sans grand danger jusqu'à l'apparition des symptômes d'hémorrhagie interne.

Une fois, la paroi intestinale était incomplètement perforée ; et par suite une infection du péritoine immédiatement grave n'était pas fatale. Peut-être en eût-il été de même chez un autre blessé porteur d'une déchirure intestinale intéressant la séreuse et la musculeuse en totalité et partiellement la muqueuse.

Si dans ces deux cas l'intervention exploratrice a été utile, elle n'a pu sauver le blessé, dans le seul cas où elle a conduit le chirurgien sur une déchirure complète de l'intestin et cela, parce qu'elle n'avait pas permis de reconnaître une lésion de la troisième portion du duodénum.

Tel est le bilan à invoquer actuellement en faveur de la laparotomie exploratrice dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. Ses partisans, sans doute, invoqueront en outre les cas — et l'on en relève une centaine — de mort survenue sans que l'on soit intervenu. Mais, à cette prétention, il convient

d'objecter que ne pas laparotomiser d'emblée de pareils blessés ne préjuge pas une abstention définitive, et, si le pronostic de la *laparotomie exploratrice* peut être tenu *a priori* pour plus favorable que celui de la *laparotomie indiquée*, les succès de cette dernière dans une quinzaine de cas inspirent quelque confiance. Enfin, l'on peut se demander quel eût été le résultat de la laparotomie exploratrice chez près de 250 blessés qui ont guéri sans intervention. En admettant même que chez aucun de ces patients il ne fût survenu d'accidents opératoires, c'eût été pour le moins, des laparotomies inutiles.

Communications.

De la compression rythmée du cœur dans la syncope cardiaque par embolie,

par MM. TUFFIER et HALLION.

La communication de notre collègue Delorme sur l'intervention chirurgicale dans les lésions cardiaques justifiera, je l'espère, cette note que j'aurais voulu vous apporter plus complète.

L'action directe sur le cœur mis à découvert est connue des physiologistes qui, lorsque le cœur s'arrête, ont eu l'idée de l'exciter directement. C'est la mise en pratique, la généralisation méthodique de ce fait que nous avons tentée.

Dans une courte note, présentée à la Société de Biologie, le 29 octobre dernier, nous avons signalé cette manœuvre à propos de la syncope chloroformique chez les animaux. Voici comment les expériences sont dirigées : un chien est anesthésié par le chloroforme, et nous prenons graphiquement sa pression artérielle, son rythme cardiaque et respiratoire. Or, vous savez qu'à chaque fois que la compresse chargée d'anesthésique est renouvelée, la pression artérielle s'abaisse; si la chloroformisation est poussée trop loin, cette pression devient nulle, la respiration d'abord, puis le cœur s'arrêtent, le pouls disparait et l'animal meurt. Dans ces conditions, les appareils enregistreurs sont d'une sensibilité extrême. Alors, c'est-à-dire après que respiration et circulation sont éteintes sans retour, nous attendons de une à cinq minutes (et cette limite peut être dépassée dans des proportions que nous ne pouvons encore fixer), puis, prenant entre les doigts la région ventriculaire mise à nu par une incision costo-péricardique, nous faisons des compressions rythmées des ventricules (environ 60 par minute); après une à deux minutes, on sent le muscle cardiaque onduler légèrement et peu à peu reprendre ses contractions à

pression d'abord faible, comme l'indique l'appareil, puis plus largement et enfin normalement, et l'animal revient à la vie, ainsi qu'en témoigne le sujet que je vous présente. Il semble donc que nous ayons là un succédané de la respiration artificielle et des tractions rythmées de la langue.

Ces expériences étaient faites depuis environ six mois lorsque je me trouvai en face d'une syncope par embolie, dans les conditions suivantes :

Un jeune homme de vingt-quatre ans entra dans mon service de la Pitié, le 15 juin 1898, avec des accidents d'appendicite suppurée, datant de trois jours, un état général assez grave et une température de 39°,5. J'opérai d'urgence ce malade le 16 juin, et mon incision me fit tomber sur un abcès péri-cæcal, avec gangrène complète de l'appendice jusqu'à son insertion sur le cæcum. La cavité est vidée et drainée. Pendant les quatre jours qui suivent, la température tombe, la suppuration diminue, le malade commence à prendre du lait le troisième jour. Le cinquième jour après son opération, pendant ma visite à la salle, le malade se sent très bien et me demande de lui laisser prendre du vin au lieu de lait. J'avais à peine fait quelques mètres dans la salle Broca, au delà de son lit, que mon interne m'avertit que ce jeune homme a une syncope. Nous nous précipitons vers lui, — et il n'y eut certainement pas plus de deux à trois minutes entre le moment où je fus averti et celui où je l'examinai, — le corps était déjà flasque, les pupilles largement dilatées, la respiration arrêtée, le pouls ne battait plus, le cœur était immobile; je ne doutai pas un instant que le malade avait succombé à une de ces embolies qui ne sont pas rares dans les septicémies. Tous mes élèves étaient présents. Nous pratiquons de suite la respiration artificielle, les tractions de la langue, la tête placée en déclivité. Après ces tentatives, dont je ne puis apprécier exactement la durée, le cœur n'avait pas repris ses contractions; nous l'auscultons, mes internes et moi: le malade semblait bien mort. Nous eûmes alors une certaine angoisse que vous comprendrez tous : il nous était dur de laisser mourir d'un accident mécanique un jeune homme dont tout le reste de l'organisme paraissait sain et alors que nous avions peut-être un moyen, n'ayant encore il est vrai, que la sanction expérimentale de le ramener à la vie ! Mon hésitation fut de courte durée. Je fis rapidement une incision dans le troisième espace intercostal gauche et, décollant le péricarde avec l'index, j'exerçai des compressions rythmées de la région ventriculaire pendant une à deux minutes : le cœur ondula d'abord irrégulièrement, puis se contracta franchement. Le pouls reparaît, le malade fait de grandes inspirations, les yeux s'ouvrent largement, les pupilles se rétrécissent, il tourne la tête comme après une syncope; nous fermons la plaie avec une compresse aseptique, et nous remettons le malade en long, dans son lit. Après quelques larges et profondes inspirations, le pouls redevient faible et tombe. Nous pratiquons de nouvelles contractions rythmées et de nouveau la circulation se rétablit pendant quelques minutes pour retomber une dernière fois, malgré tous nos efforts.

L'autopsie du malade nous a montré l'existence d'un caillot dans l'artère pulmonaire avec atelectasie du poumon gauche.

Je sais que cette observation n'est pas démonstrative au point de vue de l'efficacité des contractions rythmées. Je vous la livre pour ce qu'elle vaut, n'ayant pas d'autre but que d'appeler votre attention sur une pratique qui pourra peut-être rendre des services.

M. Bazy. — Il y a six ans, en 1892, j'ai vu un de mes collègues des hôpitaux employer le moyen préconisé par M. Tuffier, dans une syncope chloroformique. Le malade n'en succomba pas moins.

M. Tuffier. — C'est, en effet, un moyen couramment employé en physiologie pour ranimer les battements du cœur, en cas d'arrêt de cet organe.

Etude clinique et thérapeutique du cancer du côlon pelvien,

par MM.

E. QUÉNU, Chirurgien de l'hôpital Cochin.

P. DUVAL, Interne des hôpitaux.

La description du cancer du côlon pelvien ou S iliaque a été jusqu'ici englobée dans celle des cancers du gros intestin; la même symptomatologie, les mêmes procédés d'exploration, la même thérapeutique chirurgicale leur ont été appliqués; notre travail a pour but de montrer que la pathologie du côlon pelvien mérite une description spéciale. Les particularités qu'elle présente résultent en grande partie de la situation et de la disposition anatomique du côlon pelvien; elles ne sauraient être bien comprises si nous ne rappelions en quelques mots les caractères anatomiques qui différencient les portions terminales du gros intestin.

Le côlon pelvien se distingue anatomiquement par sa mobilité extrême, par sa situation très variable suivant les sujets (situation pelvienne, abdominale, iliaque gauche, iliaque droite). Son méso est toujours long, flottant, et cette mobilité contraste avec l'immobilité des autres portions du gros intestin. A vrai dire, il convient de lui distinguer trois portions bien distinctes : deux segments extrêmes d'origine et de terminaison, un intermédiaire, c'est l'anse pelvienne proprement dite ou anse sigmoïde.

L'anse pelvienne commence anatomiquement au point où le côlon se détache de la fosse iliaque et devient flottant, point variable, du reste; mais pratiquement, on peut envisager un seg-

ment d'intestin, qui, formé par la terminaison du côlon iliaque et l'origine du côlon pelvien, est plus mobile que le côlon descendant, surtout plus mobilisable, mais moins que l'anse sigmoïde proprement dite : c'est le segment iléo-pelvien. Les néoplasmes siègent souvent en ce point, empiétant sur le segment pelvien et le segment iliaque.

Le segment de terminaison du côlon pelvien, c'est la portion sacrée, celle que Trèves a, pour les raisons bien connues, détachée du rectum. Ici encore, si anatomiquement la limite inférieure en est bien précise à la base du revêtement péritonéal, chirurgicalement, il faut envisager une portion recto-sigmoïde (Quénu), qui, formée par le côlon présacré et la partie toute supérieure du rectum, au point de vue opératoire, présente tous les caractères du rectum même.

Les néoplasmes recto-sigmoïdes (Quénu) constituent un type bien défini.

Le segment intermédiaire enfin, l'anse pelvienne proprement dite que nous désignerons sous le nom d'*anse sigmoïde*, c'est la portion moyenne du côlon pelvien, libre, flottante, pourvue d'un long méso, affectant par le fait de sa mobilité des rapports très variables avec les organes iléo-pelviens.

Cette division anatomique chirurgicale classe immédiatement trois types de néoplasmes du côlon pelvien.

Cancers iléo-pelviens, cancers supérieurs.

Cancers de l'anse sigmoïde, cancers moyens.

Cancers recto-pelviens ou recto-sigmoïdes, cancers inférieurs.

Il convient d'ajouter une quatrième variété dont nous venons d'observer un bel exemple, c'est le cancer total recto-colique pelvien, étendu et au rectum et au côlon pelvien, sous forme de noyaux disséminés séparés par des points de muqueuses saine (observation II). Dans notre cas, la muqueuse colique était parsemée de polypes nombreux plus ou moins gros ; les relations entre cette « polypose colique » et cette carcinose intestinale étendue mériteront d'être étudiées à part.

Cette distinction peut paraître théorique; à la vérité, ces trois types de cancers se différencient par les caractères suivants. Leur symptomatologie générale est la même : occlusion intestinale chronique ou aiguë; les signes physiques varient au contraire. Les signes fonctionnels sont identiques.

Les malades ont à certains moments, principalement quelques heures après les repas, une sensation pénible d'arrêt, de distension intestinale, le ventre ballonne plus ou moins; quelques douleurs vives apparaissent, dues aux contractions de l'intestin sus-jacent à l'obstacle, puis une légère détente; les patients sentent parfai-

tement « filtrer » quelque chose dans leur intestin, goutte à goutte, pour ainsi dire, comme l'on sent un liquide glacé tomber dans l'estomac; puis survient une selle suffisante. Ces petites crises d'arrêt intestinal de courte durée, deux jours ou trois au plus, sont fréquentes au début du néoplasme colique, il faut les rechercher avec soin; toujours elles précèdent de longue date les grands accidents; elles passent facilement inaperçues, car le plus simple des purgatifs en a facilement raison; joignons y une mauvaise haleine et un mauvais goût habituels.

La douleur est fréquente, ses caractères méritent d'être précisés. Elle tient à deux causes : la contraction de l'intestin, les phénomènes plus ou moins accentués d'infection secondaire du néoplasme ulcéré.

Dans le premier cas, elle se présente sous forme de coliques plus ou moins fortes, lorsque la circulation intestinale est entravée; elle est alors intermittente et diffuse, ne présentant en elle-même aucun caractère particulier.

Mais à côté de ces crises parfois violentes, nos malades nous ont souvent présenté une douleur continue et fixe; douleur spontanée, rendue exquise par la pression en un point déterminé, sans que la circulation intestinale soit entravée.

La cause en est probablement la réaction péritonéale autour du néoplasme ulcéré et infecté. Les phénomènes infectieux sont d'ailleurs de peu d'intensité, ils créent une péri-colite adhésive plus ou moins prononcée et intéressant plus ou moins les lymphatiques du méso ainsi que les ganglions.

A l'infection du néoplasme, à la résorption des toxines au niveau de la tumeur ulcérée, se rattache aussi un symptôme, constaté assez souvent au début des néoplasmes du rectum, c'est une diarrhée tenace, rebelle à tout traitement et à toute hygiène alimentaire; véritable diarrhée toxi-infectieuse; nous l'avons observée nettement dans plusieurs cas de cancer de l'anse pelvienne; les hémorrhagies sont loin d'être constantes, tout au moins au début de l'affection.

Lorsque la tumeur est invaginée dans l'intestin sous-jacent, le même symptôme se présente que dans les cancers du rectum. La masse néoplasique agit comme corps étranger, l'intestin se contracte pour l'expulser, les malades ont du ténesme rectal très pénible; ils vont à la selle dix et quinze fois par jour, mais toujours « à vide », et ce phénomène n'est pas sans déprimer profondément leur moral.

Si les symptômes fonctionnels sont communs aux cancers des trois portions du côlon pelvien, il n'en est pas de même des signes physiques ; ceux-ci varient, au contraire, pour les

trois types de néoplasme. Voyons d'abord le palper abdominal.

On sait combien facilement les tumeurs intestinales échappent à ce mode d'investigation, et combien souvent la tumeur perçue un jour semble être disparue le lendemain (Piorry).

Aussi bien l'apparition de la tumeur est-elle un phénomène tardif. Dans un de nos cas, les troubles coliques existaient nettement depuis un an lorsqu'une tumeur apparut, petite, et fort difficile à limiter dans la région sous-ombilicale. Or, la laparotomie exploratrice nous mit en face d'une tumeur inextirpable à cause de son étendue.

Dans un autre cas, des phénomènes d'occlusion aiguë, mortelle, apparurent sans que jamais l'on ait pu trouver la tumeur pourtant soupçonnée.

Il faut remarquer que les tumeurs du gros intestin, en général, atteignent avec une sorte de prédilection les gens gras, sinon obèses, les gros mangeurs et buveurs, les sédentaires, que ces natures supportent allègrement les premiers troubles généraux de la maladie, qu'un amaigrissement de 30 à 40 livres leur laisse encore « des magasins généraux » respectables, leur paroi abdominale est épaisse et la palpation s'en ressent naturellement.

Il faut aussi tenir compte de la nature du néoplasme. La tumeur est constituée, soit par la masse néoplasique elle-même, soit plus souvent par l'inflammation péricolique qui l'accompagne; mais à côté de ces néoplasmes, végétant à côté de ces tumeurs infectées qui s'accompagnent de péritonite circonscrite de voisinage, se place le cancer intestinal à prolifération conjonctive, le squirrhe, le cancer atrophique. Cette variété, véritable anneau constricteur de l'intestin, et l'une des plus graves, ne donne lieu à aucune tumeur, et nous connaissons même une observation où cette striction de l'anse pelvienne passa inaperçue au cours d'une laparotomie pour affection utéro-salpingienne.

Toujours est-il que, dans certains cas, les données du palper abominal sont les suivantes :

Pour les tumeurs recto-sigmoïdes, les renseignements sont peu précis ; si la paroi est très souple, si les intestins non dilatés n'encombrent pas le champ de la palpation, on peut parfois par le toucher, aidé du palper hypogastrique, apprécier, encore qu'imparfaitement, l'étendue et les connexions du néoplasme, tout au moins reconnaître son existence.

Il faut mettre le malade dans la position de la taille périnéale, le sacrum sur un coussin, les jambes fortement rejetées en arrière et non écartées, lui commander de pousser et déprimer fortement l'hypogastre.

Dans le cancer iléo-pelvien, c'est dans la fosse iliaque gauche, au

détroit supérieur que l'on sentira la tumeur en forme de boudin. Le phénomène d'accollement décrit par Gernusy la différenciera du boudin fécal.

Mais la situation iliaque gauche de la tumeur n'implique pas nécessairement sa localisation sur le segment iléo-pelvien du côlon. Schede a vu un néoplasme de l'intestin grêle former une tumeur iliaque gauche. Küster et Czerny ont trouvé une tumeur du côlon transverse en même situation.

La tumeur, de plus, est circonscrite, et dans le cas particulier de néoplasme iléo-pelvien, le côlon lombaire comme le côlon pelvien sont souples, non indurés.

Ce point a de l'importance pour différencier la tumeur néoplasique de l'induration créée par les colites chroniques.

Dans ces cas d'inflammation ancienne du côlon, de colite simple ou muco-membraneuse chronique, l'inflammation prolongée crée une sorte de cartonnage des parois intestinales; à la palpation, on trouve alors un long boudin lombaire, iliaque, pelvien, régulier, douloureux à la pression. Ceci n'existe pas dans le cancer; la tumeur est circonscrite.

Dans deux cas observés par M. Mathieu et M. Chauffard, le diagnostic de néoplasme fut soulevé en face de cette induration massive du gros intestin; l'intervention chirurgicale montra un intestin chroniquement enflammé sur toute sa longueur, mais non néoplasique. Ce point a de l'importance, car les symptômes fonctionnels sont souvent les mêmes.

Quant au cancer du segment pelvien ou sigmoïde, le siège de la tumeur varie considérablement : elle est tantôt pelvienne, tantôt iliaque droite, tantôt abdominale, tantôt sus-vésicale, tantôt latéro-utérine. Bergmann et Kocher ont opéré chacun un cas où le néoplasme était perdu au milieu des anses iléales.

Czerny a vu l'S iliaque et le côlon transverse fusionnés en une seule masse néoplasique sous-ombilicale. Quénu, de même; Lange, le côlon ascendant et l'S iliaque adhérents former une tumeur hypogastrique droite. Von Wahl a vu le côlon pelvien cancéreux adhérer à l'ovaire secondairement néoplasique, la tumeur se sentait par le cul-de-sac vaginal. Barton a opéré un « sarcome » de l'S iliaque adhérent à la face postéro-supérieure de la vessie. Iuversen, Heutron, Tuffier et Dumont, chacun un cas semblable compliqué de fistule colo-vésicale.

Cette variation du siège de la tumeur est importante à connaître, vu les erreurs auxquelles elle peut exposer. Elle est caractéristique du cancer de l'anse pelvienne.

Le toucher rectal, second procédé d'investigation, n'est applicable qu'aux deux variétés inférieures.

Le cancer recto-sigmoïde se laisse atteindre par le toucher unidigital, dans sa limite inférieure, jusqu'à 13 centimètres de l'anus; il se laisse rarement dépasser, à moins qu'il n'y ait prolapsus.

Pour le cancer colique pelvien (1) ou sigmoïde, le toucher unidigital ne donne de renseignements positifs que dans des cas particuliers, lorsque par son propre poids, comme par les contractions intestinales sus-jacentes, la tumeur s'invagine dans le rectum (cas de Nicolaysen, Hartley, Kœnig, cas personnel). Le toucher rectal permet alors de sentir d'abord la muqueuse rectale repliée circulairement sur elle-même, puis au-dessus et dans l'axe du canal, la masse néoplasique végétante ou ulcérée. La sensation tactile ressemble alors absolument à celle que donne le toucher vaginal dans un cancer du canal cervical de l'utérus bourgeonnant ou ulcéré au centre, entouré circulairement des culs-de-sac vaginaux lisses, souples, non envahis.

Cette invagination peut être simple (cas personnel) ou double (cas de Hartley) ; elle peut être intermittente, d'où la variation journalière des données du toucher rectal (cas personnel) ; elle peut être si prononcée que la tumeur prolabe hors de l'anus (cas de Nicolaysen, Purcell).

Cette invagination est signalée par Kœning comme un symptôme fréquent des tumeurs du gros intestin.

L'emploi du rectoscope est justifié, au contraire, dans les néoplasmes haut situés iléo-pelviens et pelviens, son tube de 31 centimètres permettant de déceler les tumeurs que le doigt, même l'avant-bras ne peut atteindre.

Le rectoscope agit, dans ces cas, et comme sonde révélant le rétrécissement et comme instrument de vision directe. Comme sonde, il rend de meilleurs services que la sonde vulgaire ; gros, calibré sur le rectum, il s'avance en déplissant devant lui la muqueuse rectale et permet ainsi de mesurer exactement la hauteur de la tumeur ; il butte, de plus, contre la moindre production anormale forçant au contraire les contractures passagères de l'intestin.

La manœuvre est simple ; loin de vouloir, comme certains, le diriger théoriquement en l'adaptant aux courbures du rectum, voici la technique que nous employons :

Une fois le cylindre introduit dans l'anus, la lumière est produite, et c'est la vision directe de la muqueuse qui va diriger l'instrument ; la lumière de l'intestin sus-jacent est réduite à une fente irrégulière par où s'échappe un peu de liquide, c'est vers ce point où sourd le contenu intestinal qu'il faut diriger le

(1) Reclus a conseillé dans ces cas la pratique de Simon, de Heidelberg ; elle nous paraît condamnable bien quelle ait donné un succès à Billroth.

bec du cylindre, et ainsi s'avançant de proche en proche et lentement l'instrument est facilement introduit dans toute sa longueur.

Il déplisse facilement la muqueuse même en cas de prolapsus, car il redresse l'invagination, mais la muqueuse doit être saine, très souple pour être ainsi repoussée.

Aussi avons-nous constaté dans plusieurs cas, l'arrêt du rectoscope avant qu'il ne vînt butter contre la tumeur. Cet arrêt tenait à ce que la muqueuse au voisinage de la tumeur était enflammée, épaissie sur une certaine distance, et s'opposant par ce fait à la marche du rectoscope, ne lui permettait pas d'atteindre le néoplasme même. La vision directe de la tumeur dans ces cas est impossible, mais la présence d'un rétrécissement est démontrée. Dans un cas, introduisant le porte-éponge monté dans le cylindre de l'instrument, nous avons pu retirer un fragment de tumeur dont la constitution histologique signa le diagnostic. Cet exemple mérite d'être suivi (Voir observation I).

Il faut pourtant reconnaître que les données du rectoscope sont limitées pour deux raisons. D'abord l'insuffisance de la longueur de l'instrument (le cylindre le plus long a 31 centimètres). Insuffisance toute relative et subordonnée à la longueur du côlon pelvien.

Nous verrons que celle-ci est variable au point que les chiffres extrêmes sont 12 et 84 centimètres. Avec une anse très courte, le rectoscope peut donc atteindre le côlon iliaque (12 de côlon pelvien plus 14 de rectum = 26). Dans d'autres cas, il atteindra la moitié supérieure de l'anse pelvienne, seulement; dans d'autres, son segment inférieur.

Sur trois sujets, nous avons obtenu les résultats suivants :

1er sujet. Tube de 31 centimètres, l'extrémité du cylindre arrive à 16 centimètres du côlon iliaque, anse sigmoïde de 33 centimètres.

2e sujet. L'extrémité du rectoscope arrive à 14 centimètres (anse de 21 centimètres).

3e sujet. A 10 centimètres.

4e sujet. Le côlon iliaque est atteint. Anse très courte.

Le rectoscope ne nous donna aucun renseignement chez un malade porteur d'un néoplasme du sommet de l'anse pelvienne, longue, dans ce cas.

Nous concluons donc que les données du rectoscope dépendent de la longueur du côlon pelvien; avec une anse courte, les tumeurs iléo-pelviennes sont atteintes; avec une anse longue, même les néoplasmes de l'anse pelvienne sont parfois inaccessibles.

Au point de vue du choix du manuel opératoire, les données du rectoscope sont nulles. A cause des variations de longueur du côlon pelvien, il est impossible de localiser une tumeur par sa

distance de l'anus, impossible de savoir si elle est iléo-pelvienne ou pelvienne; sur quel segment du côlon pelvien elle est située, puisque, suivant la longueur de l'anse, une tumeur à 30 centimètres de l'anus est tantôt iléo-pelvienne, tantôt sigmoïde inférieure.

Le rectoscope est donc impuissant à localiser exactement une tumeur du côlon pelvien.

Reste un dernier mode d'exploration pour des cas particuliers.

Lorsqu'un anus contre-nature a été établi palliativement au cours d'une crise aiguë d'occlusion, il est ultérieurement possible de se servir de cet anus comme porte d'investigation; le toucher par cette voie, combiné au toucher rectal ou à la palpation hypogastrique, permet parfois et de sentir la tumeur et de la limiter; mieux, l'emploi du rectoscope par cette voie, puis par la voie ano-périnéale, conduit facilement à une localisation bien déterminée de la tumeur.

Chez un malade, nous pûmes ainsi découvrir et localiser sur l'aileron sacré droit une tumeur colique, soupçonnée, il est vrai, mais non affirmée. Israël, dans son cas, eut de même par ce moyen un renseignement positif.

Les différents modes d'exploration du côlon pelvien ne conduisent donc souvent qu'à des données insuffisantes. Les symptômes fonctionnels sont vagues, encore imparfaitement connus. La conclusion rationnelle en est que, si on soupçonne un cancer du côlon pelvien, il faut avoir recours à l'exploration directe, à la laparotomie exploratrice.

Kœnig la préconisait déjà en 1890. Nous ne pouvons qu'épouser ses idées, en insistant davantage encore. L'expérience nous a appris qu'il ne faut pas attendre l'apparition de la tumeur, car souvent elle manque cliniquement ou bien elle est si retardée qu'alors l'extirpation n'est plus possible.

Devant des symptômes fonctionnels bien observés, quoique simplement esquissés, d'obstruction colique, il faut courir à des renseignements précis, il faut « aller voir ». Courts accès de parésie intestinale accentuée, douleur fixe avec crises, déchéance organique, diarrhée incoercible, chez des sujets adultes ou âgés, sont des symptômes suffisants, d'après nous, à légitimer une intervention exploratrice, immédiatement curatrice en face de renseignements positifs.

A plus forte raison, si l'exploration révèle la présence d'une tumeur, nous avons vu l'impossibilité où nous sommes de la bien localiser, d'établir ses connexions; l'intervention hâtive seule peut nous donner les détails nécessaires.

Avec Kœnig, nous demandons aux médecins une collaboration

plus précoce; avec Roux (de Lausanne) nous les prions de « nous laisser guérir leurs malades ».

Le *traitement* doit envisager deux cas distincts; on peut intervenir, soit en crise d'occlusion, soit dans une période de calme absolu ou relatif.

Dans le premier cas (occlusion aiguë), nous ne pouvons que répéter notre méthode en face d'une occlusion quelconque; ce qui nous guide, ce qui nous dicte notre conduite opératoire, c'est le degré de météorisme du ventre et l'état général du malade, la notion étiologique étant presque toujours impossible à préciser. Avec un ventre souple encore, quoique ballonné, qui ne menace pas d'une irruption intestinale par la moindre boutonnière, la laparotomie nous semble le procédé de choix; avec un abdomen surdistendu, nous nous rangeons à l'anus simple.

Si, au cours de la laparotomie, l'extirpation du néoplasme semble risquée ou dangereuse d'après l'état général, elle nous permettra au moins de recueillir des renseignements précis, utiles pour une intervention ultérieure. En cas contraire, l'anus simple est établi, et l'examen devra être minutieusement fait ultérieurement.

En période de calme, le traitement des cancers du côlon pelvien est, soit curatif, soit palliatif. Curatif, c'est l'ablation de la tumeur, des ganglions lymphatiques et de la chaîne lymphatique d'union. Palliatif, c'est le rétablissement simple de la circulation intestinale.

L'ablation des tumeurs du côlon pelvien a été tentée un certain nombre de fois avec un résultat immédiat et tardif très variable, nous le verrons. Le premier cas est célèbre, il remonte à 1833. Reybard appliqua au gros intestin l'opération que Ramdohr avait faite sur l'intestin grêle plus de cent ans auparavant (1727), résection intestinale suivie d'abouchement et de suture circulaire idéale des deux bouts. Le malade guérit.

A la lecture des observations ultérieures (nous en avons réuni 45 publiées), un fait frappe immédiatement, c'est la diversité des procédés opératoires employés. Et loin d'en conclure, avec d'aucuns, au désir des opérateurs de s'attirer la renommée par une opération nouvelle, mieux vaut conclure à la diversité très grande des cas observés et à l'impossibilité de concevoir une formule opératoire définitive d'où l'on ne sortirait pas. Il n'y a pas deux cas semblables, il devient banal de le répéter.

Les procédés opératoires peuvent être rangés en deux catégories ; les uns ne sont que l'application au côlon pelvien des procédés généraux de chirurgie intestinale ; les autres ne sont que l'extension au côlon pelvien des procédés récemment appliqués au rectum supérieur.

Parmi les premiers et en tête, se place le procédé de Reybard, application simple au côlon pelvien de la résection suivie de suture circulaire, procédé de Ramdohr pour l'intestin grêle. Nous en avons trouvé 16 cas publiés ; les chirurgiens ont adopté un mode de réunion circulaire variable : la simple suture à 2 ou 3 plans (Reybard, Tiersch, Kraussold, Guyon, Bardenheuer, Czerny...), les boutons anastomotiques (Lane), la suture par invagination (Horteloup). L'anastomose semble avoir toujours été termino-terminale ; nous verrons que les conditions anatomiques exigent ce mode d'abouchement.

Les segments d'intestin suturés sont, soit deux portions de l'anse pelvienne, colorraphie pelvienne (Reybard, Tiersch...), soit l'anse pelvienne et le côlon iliaque ou lombaire, colorraphie ilio-pelvienne ou pelvi-lombaire (Bermgann), soit l'anse pelvienne et le rectum, colorectorraphie (Bardenheuer).

Dans un cas récent (1), « un jeune chirurgien », dans le service de Tuffier, extirpa un néoplasme de l'S iliaque, compliqué de fistule intestino-vésicale, résection en masse de la vessie et de l'intestin ; devant l'impossibilité de procéder à la colorraphie circulaire, il tente un abouchement du rectum dans le cæcum, cæcorectorraphie, en fermant le côlon iliaque. Il se trompe et abouche le bout supérieur dans le cæcum, fermant le rectum « créant ainsi un circulus vitiosus ». L'intention n'en était pas moins un nouveau type d'anastomose : cæco-sigmoïdienne.

Le second procédé est celui qu'a suivi Volkmann, c'est encore la colectomie, mais, par prudence, l'auteur a suivi la pratique que Bouilly et Assaky ont recommandée pour l'intestin grêle : suture incomplète de l'intestin, suture de la lèvre profonde, abouchement à la peau des lèvres superficielles, création d'un anus contre nature en canon de fusil, dont la cure sera ultérieurement tentée.

Kocher a opéré ainsi ; Reclus avait projeté de le faire et s'est arrêté devant l'extension de la tumeur.

Barton a fait, avec le bout supérieur, un anus définitif, a fermé le bout inférieur et l'a fixé à la plaie.

Cette méthode est recommandée par Thiriar, Demons et Chavannaz.

Vient ensuite un procédé spécial au côlon pelvien, c'est l'opération de Madelung. Elle est née de l'impossibilité d'amener le bout inférieur, soit à la peau, soit au contact du bout supérieur.

Elle consiste, après la colectomie, à fermer complètement le bout rectal par invagination, à l'abandonner dans le bassin, tandis que le bout supérieur est établi en anus définitif.

(1) Tuffier et Dumont. Fistules intestino-vésicales, *Revue de gynécologie et de chir. abd.*, mai-juin 1898.

Madelung, Gussenbauer, Billroth, Martin, Weir ont ainsi opéré.

Reste le procédé de Bloch, de Copenhague.

Il consiste, après incision iliaque, à extérioriser toute l'anse néoplasique (25 centimètres dans un de ses cas); dans une deuxième séance (un mois après), on abrase toute l'anse herniée; un anus contre nature est ainsi formé, dont l'on fait la cure dans une troisième séance (trois mois après). Employé deux fois par Bloch, il est conseillé par Demons, Chavannaz, Jaboulay (1).

Israël, enfin, suivit une technique exceptionnelle. Ayant fait un anus préalable sur le côlon transverse, la tumeur prolaba par l'anus contre nature. Il en fit, par cette voie, une extirpation suivie de suture circulaire.

La seconde classe de procédés opératoires comprend tous les procédés de chirurgie rectale étendus au côlon pelvien, la hauteur du néoplasme n'étant plus actuellement une contre-indication opératoire. Ecartons tout d'abord certains procédés « d'occasion ».

Nicolaysen, en face d'une tumeur de l'S iliaque prolabée par l'anus, est intervenu par la voie rectale; il extirpa le néoplasme et fit une suture circulaire. C'était certainement la seule conduite à tenir pourvu que la résection intestinale pût être large.

Purcell, par la même voie intra-rectale, réséqua 30 centimètres d'intestin au-dessus du sphincter, pour un cancer situé à 17 cent. 1/2 de l'anus; Cecci et Ferranti de même; ces trois cas sont exceptionnels.

La voie sacrée fut naturellement appliquée au cancer recto-sigmoïde, comme aussi aux néoplasmes du côlon pelvien, et sembla un moment être le procédé définitif. Elle n'est en tout cas applicable qu'aux néoplasmes de la partie terminale de l'anse pelvienne et recto-sigmoïde; les tumeurs situées à 40 centimètres de l'anus lui échappent; à plus forte raison celles du côlon iléo-pelvien.

Cette question, toute de chirurgie rectale, ne saurait être discutée ici. (Voir rectum, Quénu, Hartmann, en préparation.)

Les progrès récents, enfin, de la chirurgie rectale en cas de néoplasmes, ont porté sur l'abord du rectum supérieur et la terminaison du côlon pelvien. Tous les procédés à voie combinée abdomino-sacrée, abdomino-périnéale, en une ou deux séances, sont réservés aux néoplasmes recto-sigmoïdes. Cas de Czerny, Gaudier, Chalot, Reverdin, Quénu, D. Giordano. Nous renvoyons aussi, pour la discussion de ce procédé, au cancer du rectum.

Le premier cas d'application de la méthode aux néoplasmes sigmoïdes nous appartient.

(1) *Lyon médical*, 1891.

Maunssel a préconisé une méthode abdomino-anale un peu spéciale. Partant de ce principe que le péritoine est l'agent de suspension du rectum et s'oppose seul à l'abaissement de sa partie supérieure et de l'S iliaque par voie périnéale, il coupe dans un premier temps, par voie abdominale, la séreuse tout autour de l'intestin, puis, par voie anale, il fend le sphincter, et, par l'anus, abaisse en l'invaginant le rectum supérieur et l'S iliaque.

Son procédé n'a été effectué que par Hartley.

Tels sont les différents traitements curatifs jusqu'ici appliqués aux cancers du côlon pelvien.

Avant d'examiner les indications propres à chacun d'eux, avant de formuler une conclusion, il importe de fixer les résultats obtenus, et de voir, dans une vue générale, à quels cas particuliers convient chacun des procédés.

Nous avons résumé 45 cas de cure radicale.

En bloc : 13 morts, 31 guérisons. La mortalité opératoire est de 41,9 p. 100.

Elle se décompose ainsi :

L'opération de Reybard a été faite 17 fois : 5 morts. Mortalité, 31 p. 100.

L'opération de Madelung, 5 fois : 5 guérisons. Mortalité, 0 p. 100.

L'opération de Volkmann, 7 fois : 3 morts. Mortalité, 75 p. 100.

L'opération de Bloch, 2 fois : 2 guérisons. Mortalité, 0 p. 100.

Les suites éloignées sont les suivantes :

Sur 18 cas, suivis à quelque distance (les autres observations sont publiées trop tôt après l'opération) dans l'année, il y eut 10 récidives (un mois, six mois, onze mois, un an...); 8 observations notent une survie notable.

Plus d'un an, Gallet, Bloch; vingt et un mois, T. Paul; deux ans, Czerny; trois ans, Kœnig (2 cas); quatre ans, Gussenbauer, Martini.

Cette statistique générale se démembre de la façon suivante :

L'opération de Reybard, sur 6 cas suivis, a donné 4 récidives dans l'année; 2 survies, Czerny, Kœnig.

L'opération de Madelung, 3 récidives dans l'année; 2 survies, Gussenbauer, Martini.

L'opération de Volkmann, 2 récidives dans l'année; une survie, Gallet.

L'opération de Bloch, une récidive; une survie, Bloch.

L'opéré de Kœnig (survie de trois ans) avait été opéré par voie périnéale; celui de Paul (survie de vingt et un mois), par les méthodes Maunsell et Kraske combinées.

La moindre mortalité revient donc à l'opération de Madelung, 0 p. 100. Les meilleurs résultats éloignés à cette même opération, 2 sur 5 (survie de quatre ans au moins).

Examinons maintenant les indications propres de chacun de ces procédés.

Ce point n'a pas encore été fixé; les diverses opérations semblent être respectivement appliquées par leurs créateurs à tous les néoplasmes du côlon pelvien ; cette manière de voir est inadmissible.

Ayant établi la division des néoplasmes de l'S iliaque en cancers supérieurs (iléo-pelvien), cancers moyens (pelviens ou sigmoïdes). cancers inférieurs (recto-sigmoïdes), nous allons tâcher de préciser la technique opératoire applicable à chacune de ces variétés.

Cette classification ne saurait être faite sans préciser auparavant l'anatomie du côlon iléo-pelvien, base de tout procédé opératoire qui doit l'intéresser.

Disons immédiatement que c'est à la variabilité très grande des dispositions anatomiques qu'est dû le grand nombre des procédés opératoires employés. Les chirurgiens n'ont pas assez pris ce point en considération.

Le côlon pelvien est la portion mobile flottante du gros intestin, la seule pourvue du méso, relativement très long.

Il continue le côlon iliaque *fixe*, il se termine au rectum *fixe* (3e sacrée, Trèves). Il se trouve donc compris entre deux segments d'intestin fixes; ce point est fort important.

Les deux portions originelle et terminale de l'anse pelvienne verront donc leur mobilité propre diminuée par l'immobilité complète du segment qui leur attient; elles ne sont que semi-mobilisables.

La portion moyenne de l'S iliaque seule est complètement mobile; on sait qu'on peut la relever jusqu'à l'ombilic, position, du reste, qu'elle occupe parfois d'elle-même.

Au point de vue chirurgical (extirpation, suture à la peau ou suture intestinale), les trois portions de l'anse se trouvent donc dans des conditions différentes. La portion moyenne se laisse facilement amener au dehors; la portion d'origine est rattachée à la fosse iliaque à laquelle le côlon iliaque la retient médiatement; elle est peu mobilisable, son extirpation sera peu facile.

Le segment terminal, enfin, non seulement est peu mobile, comme le segment initial, mais encore, il se cache, pour ainsi dire, au-dessous du promontoire, dans la concavité sacrée; sa situation est d'autant plus défavorable au chirurgien qui en veut tenter l'excision ou la suture.

Un second point fort important est la longueur de l'anse et sa situation, la première commandant du reste la seconde.

Or, le côlon pelvien a, peut-on dire, une longueur propre et une longueur relative.

Les limites normales du côlon adulte sont, en haut, le détroit supérieur, moitié gauche; en bas, la 3e vertèbre sacrée, Trèves; entre ces deux points s'étend le côlon pelvien proprement dit. Mais l'on sait aussi, et ceci s'explique de par l'évolution du gros intestin, que la limite supérieure peut être remontée dans la fosse iliaque gauche, à la crête iliaque, aux lombes (types infantiles du côlon pelvien); le côlon pelvien absorbe le côlon iliaque, voire même la partie basse du côlon lombaire; dans ces anomalies, sa longueur est plus grande, mais relative, car ce segment représente plusieurs portions du gros intestin normalement distinctes.

Or la longueur propre varie beaucoup en elle-même; la longueur relative varie naturellement avec la hauteur de l'origine de l'anse.

Jonnesco a trouvé les variations suivantes : sur 54 sujets, 41 à 48 centimètres (18 fois), 20,2 à 29,2 (12 fois), 32,2 à 38 (10 fois), 52,7 à 58 (6 fois), 65 à 84 centimètres (6 fois), 12 centimètres (2 fois).

Les deux chiffres extrêmes sont 12 centimètres et 84.

Or, ces côlons de longueur si différentes, ne se comporteront certes pas de même en face d'une large résection.

L'ablation doit être très large, ce précepte est absolu; elle doit au besoin empiéter sur les segments voisins d'intestin, mais la réunion des deux bouts sectionnés sera-elle toujours possible? Certes, avec une anse de 50 centimètres, après une ablation de 40 centimètres, les deux bouts pourront encore être amenés au contact l'un de l'autre; mais avec une anse courte, si la résection est telle, qu'elle comprenne toute l'anse pelvienne, comment les deux extrémités du côlon pelvien pourront-elles être suturées l'une à l'autre?

Les variations de longueur du côlon pelvien sont donc importantes à connaître : elles modifieront le manuel opératoire, et l'acte opératoire, quel qu'il soit, devra toujours se conformer à ses données, se modifiant avec ses variations.

Un autre point à considérer est la hauteur du méso-côlon pelvien; court, il permettra difficilement la mobilisation de l'intestin, le rapprochement des deux bouts s'ils sont éloignés; long, il ne sera pas un obstacle. Or, cette hauteur est très variable (Jonnesco): au niveau des extrémités de l'anse, il est très court, 2 centimètres au détroit supérieur, 2 centimètres et demi sur le sacrum.

Au sommet de l'anse, il atteint généralement 7 à 9 centimètres. Mais il est aussi parfois très court, 4 centimètres, comme parfois très long, 25 centimètres.

Nous savons que la rétraction du méso est un phénomène très fréquent au cours des néoplasmes du côlon; il lui faut donc consi-

dérer une longueur anatomique parfois très petite, et une longueur pathologique plus petite encore. L'intervention devra donc encore se conformer à la disposition du méso.

Quant aux différentes situations du côlon pelvien, elles sont peu intéressantes dans l'espèce. Il est actuellement bien établi que l'anse courte est toujours ramassée en S iliaque dans la fosse iliaque gauche, et que les autres situations, iliaque droite, anse oméga, anse abdominale, ne sont dues qu'à la plus grande longueur de l'anse, obligée, de par cette longueur même, à un trajet plus étendu.

En possession de cette anatomie élémentaire, mais indispensable, voyons dans quelles conditions anatomiques chacùn des procédés opératoires est applicable. Nous n'envisagerons pas ici les procédés d'exception employés par Purcell, Israël, Nicolaysen, Ferranti, qui ne sont pas susceptibles d'indications fixes.

Dans quelles conditions la colectomie est-elle possible ? Elle nous paraît devoir être réservée aux deux variétés supérieures du cancer : type iléo-pelvien, type pelvien. Les cancers *recto-sigmoïdes* ou sigmoïdes inférieurs ne sont pas susceptibles de ce traitement, le bout inférieur est trop difficile à atteindre, caché sous le promontoire, la suture circulaire est absolument impossible, Billroth y avait complètement renoncé, même le bouton de Murphy; la traction forte sur le rectum peut de plus causer des déchirures graves de ce segment d'intestin, comme Reclus l'a constaté dans ses expériences cadavériques.

Pour le cancer *iléo-pelvien*, la colorraphie est possible, mais très difficile; ici c'est le bout supérieur que son peu de mobilité rend délicat à suturer; si son méso est relativement long dans la fosse iliaque (méso de 3 centimètres, disposition infantile dans 10 p. 100 des cas, Jonnesco) la tâche est facilitée; si l'intestin adhère au plan profond (90 p. 100), la suture de la lèvre inférieure est très délicate, nous verrons que ce mode d'intervention nous semble contre-indiqué.

Le cancer de l'*anse pelvienne* est celui qui se prête le mieux à la colectomie suivie de colorraphie. Le méso est toujours assez long pour permettre la suture circulaire, l'anse intestinale assez longue (même dans le type adulte très court) pour permettre l'abouchement des deux parties éloignées de l'anse, après large résection. Le cas idéal est le cancer annulaire limité à la muqueuse et à la sous-muqueuse sans péri-colite inflammatoire, et situé à la partie moyenne de l'anse (cas de Trèves, cancer situé à la partie moyenne du côlon pelvien annulaire, haut de 3 cent. 5, résection de 18 centimètres, suture circulaire très facile).

L'état du méso-côlon est un facteur très important; parfois il est

souple, quoique chargé de ganglions; la résection est simple, mais dans d'autre cas, le néoplasme est ulcéré, partant, infecté; les couches externes de l'intestin, non envahies par le néoplasme, sont atteintes d'une sclérose inflammatoire chronique, qui par son processus interstitiel indure, mais aussi rétracte les tissus. La péricolite adhésive unit le néoplasme aux organes voisins par des adhérences courtes et solides. Le méso-côlon s'infiltre, se rétracte, accole intimement l'intestin aux parties sous-jacentes et raccourcit la longueur de l'anse pelvienne. L'extirpation est impossible; dans un cas, nous fûmes obligés de réséquer un grand carré de péritoine pour mobiliser la tumeur. Il faut se garder de considérer cette inflammation péricolique comme de l'extension néoplasique et conclure à l'inopérabilité; c'est du pur tissu inflammatoire.

Mais cette rétraction des tissus autour de la tumeur peut être un obstacle à la colectomie comme aussi au rapprochement des deux bouts de la section. Dans ces cas, même pour un néoplasme du milieu de l'anse pelvienne, il faudra parfois adopter une autre méthode opératoire.

Dans tous les cas, la résection doit être très large. Les expériences de Trzebicki en ont montré l'innocuité physiologique (1). Un centimètre au delà des limites de la tumeur, comme l'enseigne Rinne, est très insuffisant. C'est 6 et 7 centimètres de chaque côté qu'il convient d'enlever. Mais ce n'est pas seulement en longueur que la résection doit être large. Le méso doit être attentivement examiné, et réséqué le plus haut possible, suivant le procédé triangulaire de Madelung. Smith a montré que la ligature d'une artère sigmoïdienne ne compromet en rien la vitalité de l'intestin.

L'*opération de Volkmann*, l'abouchement des deux bouts supérieur et inférieur à la peau en anus contre nature, ne nous semble pas davantage applicable à tous les cas.

Elle nécessite la longueur suffisante de ces deux bouts. Considérons d'abord le bout supérieur. Est-il constitué par le côlon iliaque, son méso très court ne permet pas de l'amener à la peau. M. Hartmann a procédé à des recherches anatomiques à ce sujet pour l'établissement de l'anus iliaque et constate que, dans deux tiers des cas, cette manœuvre est impossible. Quant au bout inférieur, s'il est constitué par le segment présacré de l'anse sigmoïde, l'impossibilité est aussi grande; il faut qu'il soit constitué au moins par 5 centimètres de l'anse pelvienne proprement dite pour qu'il puisse être amené à l'incision iliaque ou médiane ou symphysienne.

Il faut donc que les deux bouts soient constitués par l'anse pel-

(1) *Arch. für klin. chirurgie.*, 1895.

vienne proprement dite. L'opération de Volkmann n'est donc possible que pour les néoplasmes pelviens proprement dits ou iléo-pelviens, lorsque, anormalement le côlon iliaque a un méso (un tiers des cas). Aussi est-ce avec étonnement que nous voyons les trois cas de M. Gallet qualifiés de recto-sigmoïdes, puisqu'il put amener le bout inférieur rectal à la peau. C'étaient certainement des *néoplasmes de l'anse pelvienne*. Les mêmes remarques sont applicables à la *méthode de Bloch*. L'exopexie de la tumeur (médiane ou iliaque) n'est possible que si elle porte sur le segment mobile du côlon sur l'anse pelvienne (partie moyenne). Elle est impraticable pour les néoplasmes iléo-pelviens ou sigmoïdes inférieurs. Cette triple intervention, de plus, ne nous paraît pas nécessaire, aujourd'hui que les progrès de la chirurgie intestinale enregistrent de beaux succès opératoires avec des procédés plus rapides quoique certainement plus hardis.

Reste l'*opération de Madelung*. Elle est née de l'impossibilité d'amener le bout inférieur au contact du bout supérieur. Elle s'adapte à toute résection très large. Facile dans presque tous les cas, il faut pourtant dire que si la section recto-sigmoïdienne a porté bas, sur la limite supérieure du rectum, la suture et l'invagination du bout inférieur seront rendues difficiles par la profondeur de la région opératoire. La moindre solution de continuité des sutures pourra permettre l'issue du contenu rectal (observation II).

Quant au bout supérieur, vu qu'il est établi en anus définitif, même s'il n'est pas mobile, constitué par le côlon iliaque, il pourra être détaché du plan profond sur une longueur suffisante, sans que sa vitalité soit pour cela compromise.

Voyons maintenant les procédés empruntés à la chirurgie rectale. Nicolaysen, Cecci et Ferranti, Purcell ont réséqué le segment inférieur par voie intra-anale ; toujours il y avait prolapsus intra-rectal ou intra-anal de la tumeur; ce sont des cas trop spéciaux pour pouvoir être envisagés. Commandés par le cas particulier, ils ne peuvent qu'être conseillés dans un cas semblable, mais non érigés en méthode générale.

La voie périnéale ou périnéo-coccygienne nous semble devoir être systématiquement rejetée; nous ne l'admettons même pas pour les cancers rectaux supérieurs.

La *voie sacrée* (quel qu'en soit le procédé) nous semble passible de la même critique. Dans son dernier rapport à la Société de chirurgie, l'un de nous l'a du reste systématiquement rejetée dans tous les cas.

Reste le *procédé mixte abdomino-périnéal*. Quelle en est l'indication?

Il nous semble devoir être réservé aux néoplasmes recto-sigmoïdes ou sigmoïdes inférieurs, lorsque le bout inférieur est trop court pour pouvoir être traité à la Madelung. L'étendre aux néoplasmes plus haut situés, de parti pris, pour ne pas abandonner définitivement un cæcum rectal, ne nous paraît pas judicieux, le délabrement périnéal présentant alors trop de dangers propres inutiles à courir. (Le rectum établi en cæcum ne donne que peu de sécrétion, facilement contenue par le sphincter conservé.)

En résumé, reprenant notre division initiale en cancers iléo-pelviens, pelviens et recto-sigmoïdes, nous croyons que chaque variété comporte un traitement spécial.

Mais nous insistons avant tout sur la nécessité de la laparotomie précoce, exploratrice pour ainsi dire. Puis sur ce point, qu'étant donné le siège le plus souvent impossible à préciser de la tumeur avant l'ouverture du ventre, étant donné les variations considérables de longueur du côlon pelvien, l'impossibilité de savoir d'avance la façon dont on pourra traiter les deux bouts intestinaux, la nécessité de ne pas raccourcir la résection en vue d'un traitement conçu par avance des deux bouts, *il est impossible de fixer avant l'opération le procédé opératoire que l'on suivra.*

Il faut donc être éclectique, adapter sa technique à chaque cas, connaître bien par avance les indications de chaque procédé pour pouvoir, la résection une fois faite et les deux bouts en main, adopter instantanément le procédé applicable : ici le Reybard, là le Madelung, là l'extirpation abdomino-périnéale. Dans ce choix, le facteur de la décision nous semble être l'état du bout inférieur, car de lui dépendra la possibilité de la colorraphie, la nécessité de suivre la technique de Madelung, ou son extirpation périnéale.

Nous rejetons, dans tous les cas, la technique de Tuffier, suture cæco-rectale ; dans ces cas, mieux vaut faire le Madelung.

Avec un néoplasme de l'anse pelvienne, si les deux bouts sont mobiles et longs, la colorraphie circulaire idéale est indiquée (1).

La réunion sera presque toujours forcément termino-terminale. Si l'anse est anormalement longue, la suture latéro-terminale ou latéro-latérale sera parfois possible.

Pour le néoplasme iléo-pelvien, le choix d'un procédé est certes plus délicat, aussi bien l'insuffisance de notre expérience personnelle (presque tous les cas observés étaient inopérables), ne nous permet-elle qu'une discussion théorique. En fait, vu les rapports intimes entre le segment iléo-pelvien et les tissus sous-jacents, les tumeurs de ce segment sont rapidement inopérables,

(1) L'opération de Reybard ne mérite plus l'anathème que lui jeta Jobert de Lamballe.

envahissent rapidement les tissus avoisinants, et plaquent l'intestin contre la paroi abdominale postérieure ; nous avons ouvert le ventre dans deux cas, pour des cancers de l'S iliaque, avec l'espoir d'exécuter une opération radicale, et dans les deux cas, nous avons dû refermer le ventre, à cause de l'immobilisation et des adhérences du segment intestinal envahi.

Nos recherches cadavériques nous ont conduit théoriquement à l'examen des éventualités suivantes :

La résection faite, le segment inférieur est long et peut être amené au contact du côlon iliaque.

La colorrhaphie est tentante, mais le peu de mobilité du bout supérieur, sa fixité absolue au fond de la fosse iliaque, la rendent impossible par les sutures, aléatoire par le bouton anastomotique.

L'opération de Reybard ne nous semble donc pas applicable.

L'opération de Madelung, avec établissement de l'anus à la région lombaire, expose à tous les ennuis de l'anus de Callissen, suffisants à faire rejeter ce procédé.

L'idée nous est venue alors de fermer le bout supérieur et de recourir à une anastomose colo-colique.

1er type : anastomose du bout inférieur avec le côlon transverse. Cette anastomose colique sigmoïdo-transverse, n'est possible qu'avec une anse pelvienne longue et un côlon transverse très convexe en bas; aussi bien nous semble-t-elle devoir exposer facilement à la compression de tout l'intestin grêle.

2e type : anastomose du cæcum et de l'anse pelvienne. L'anastomose cæco-sigmoïdienne latéro-terminale est plus simple, les deux segments d'intestin sont au contact l'un de l'autre; on pourrait choisir la dernière anse iléale (anastomose iléo-sigmoïdienne).

Que faire alors de tout le côlon transformé en cæcum?

Sa fermeture peut exposer, vu la situation déclive du côlon descendant, à l'accumulation des sécrétions septiques, et les travaux récents sur l'exclusion complète de l'intestin en ont prouvé les dangers. Deux combinaisons viennent alors à l'esprit.

1° Procéder à une nouvelle anastomose entre le côlon descendant et une anse iléale, pratique irréalisable.

2° Aboucher le côlon lombo-iliaque à la peau en forme d'anus à la Callissen. Cet anus lombaire ne laisserait pas passer les matières fécales, vu l'anastomose cæco ou iléo-sigmoïdienne antérieurement faite, il ne serait que la voie d'expulsion des sécrétions du côlon.

Peut-être est-ce là un procédé acceptable, peut-être le côlon par inactivité viendrait-il à s'atrophier. Nous le répétons, cette discussion est toute théorique, aucun fait ne nous permet encore de la placer sur le terrain pratique.

Remarquons pourtant que si la récidive survenait (et nous avons vu qu'elle est fréquente), l'anastomose cæco-sigmoïdienne antérieurement faite serait le meilleur traitement palliatif de cette récidive.

Avec un néoplasme sigmoïde inférieur, l'opération de Madelung nous semble devoir être choisie. La seule condition est que le bout inférieur soit suffisamment long pour pouvoir être suturé et invaginé.

Dans le cas contraire, il faut avoir recours à son extirpation, et la méthode abdomino-périnéale est alors la seule applicable comme pour les néoplasmes supérieurs du rectum.

Dans ces deux dernières éventualités, l'anus iliaque est certainement le plus « supportable ». L'anus médian est mauvais, peu facile à tenir propre, sujet dans sa fermeture aux mouvements de la paroi abdominale.

L'anus symphysien de Roux (de Lausanne) nous semble, malgré l'apologie qu'en faisait récemment son élève, Mlle von Mayer (1), incommode et fort malpropre.

Les procédés de Volkmann et Bloch doivent être rejetés, à notre avis. La fermeture secondaire de l'anus a donné lieu à des décès que l'on aurait pu éviter par un autre procédé.

Les méthodes sacrées ou abdomino-sacrées ne sont pas plus applicables au cancer du côlon pelvien qu'aux néoplasmes du rectum (2).

Dans tous ces cas, la laparotomie médiane nous semble préférable aux incisions latérales : c'est elle qui, avec la position inclinée, donne le plus de largeur au champ opératoire.

Si une incision iliaque devient nécessaire, peu importe qu'elle ait été précédée d'une ouverture médiane.

Le traitement palliatif comprend deux sortes d'opérations : l'anus contre nature simple, les anastomoses intestinales (Kœnig 1890).

L'anus contre nature comporte dans l'espèce une étude spéciale. L'anus iliaque sur le segment iléo-pelvien est possible en face des néoplasmes bas situés sur le côlon, recto-sigmoïdes ou pelviens ;

Dans ce cas, nous sommes d'avis que la meilleure pratique est celle de Schinzinger (1881), qui coupe transversalement l'intestin, ferme complètement le bout inférieur qu'il abandonne dans le bassin et établit le bout supérieur en anus définitif. L'exclusion complète de la tumeur est ainsi obtenue et l'on en sait les avantages.

(1) *Archives de la Suisse romande*, janvier 1898.

(2) Ces conclusions s'éloignent de celles de Camus, Demons, Chavannaz, se rapprochent de celles de Reclus (*Semaine médicale*, 1887).

En face d'un cancer iléo-pelvien, l'anus contre nature doit être rejeté plus haut. Malgré les plaidoyers récents qu'ont fait en sa faveur Willems (1) et Wetzel (2), l'anus de Callissen nous semble mauvais entre tous, vu la difficulté de son entretien.

Reste alors l'anus cæcal. Les inconvénients, à notre avis, en sont grands et le rendent « insupportable ». Nous parlons seulement de l'anus cæcal large et définitif, laissant passer la totalité des matières intestinales.

Il donne lieu à un écoulement très facile des liquides intestinaux ; or, à ce niveau, le contenu intestinal est liquide sans aucune consistance ; l'un de nos opérés, outre un écoulement continu, se voyait par moments inondé par une évacuation massive de son intestin. Legendre a constaté que dans l'intestin grêle les matières circulaient rapidement, exposant ainsi à un écoulement continu le liquide intestinal, de plus, à ce niveau, possède encore des propriétés digestives, manifestes, suffisantes pour corroder la peau, donner naissance à des érythèmes très douloureux, insupportables au malade, comme dans notre cas. Aussi, devant ces inconvénients, pensons-nous que le traitement palliatif de choix en face d'un cancer iléo-pelvien inopérable, est l'anastomose intestinale, que nous allons maintenant discuter.

Ce second groupe des opérations palliatives n'est que l'adaptation au côlon du procédé de Maisonneuve ; c'est l'anastomose intestinale, l'abouchement latéral colo-colique.

Les cas en sont rares. Chaput, en 1889, anastomosa la dernière anse iléale avec l'S iliaque pour un rétrécissement du côlon iliaque (opération en 3 temps, anus en canon de fusil, bout supérieur S iliaque, bout inférieur iléon, entérotomie, fermeture de l'anus).

Ullmann a proposé l'iléo-rectostomie pour les cancers supérieurs du rectum, faite antérieurement (1827) par Casamayor pour un anus vaginal. Rotter, récemment à exécuté l'anastomose recto-sigmoïde pour les cancers recto-sigmoïdes. Dans trois cas, chez des femmes, son procédé opératoire fut le suivant.

1er temps. Laparotomie, section du côlon pelvien entre deux ligatures. Le bout rectal est fermé par invagination. L'S iliaque est mobilisée par entaille de son méso, son extrémité est liée et recouverte de gaze.

2e temps. Voie périnéale, incision prérectale, dédoublement de la cloison recto-vaginale, ouverture du cul-de-sac de Douglas ; le bout supérieur du côlon pelvien est attiré dans la plaie, puis suturé (anastomose termino-latérale) au rectum en dessous du retrécissement.

(1) *Centralblt. chir.*, 1893.
(2) *Centralblt. chir.*, 1894.

Ces anastomoses nous semblent devoir être le traitement palliatif de choix quand elles sont possibles. Elles seront faites entre les deux portions mobiles les plus rapprochées de la tumeur.

Or, ces segments varieront avec le siège du néoplasme.

Dans le cancer iléo-pelvien, si l'S iliaque est mobile et suffisamment longue, elle sera l'ostium inférieur, l'ostium supérieur étant le côlon transverse s'il descend vers le bassin, sinon le cæcum. Anastomose colique, pelvi-transverse, cæco-sigmoïdienne.

Dans le cancer de l'anse pelvienne, il faudra se reporter sur le segment inférieur présacré du côlon pelvien, le bout supérieur étant le cæcum, si possible, sinon la dernière anse intestinale grêle. Anastomose cæco-sigmoïdienne iléo-sigmoïdienne.

Dans le cancer recto-sigmoïde, l'anastomose recto-sigmoïdienne serait pratiquée suivant la technique de Rotter ou celle que Bacon a employée dans le rétrécissement simple du rectum, si la technique ne nous semblait difficile (celle de Rotter surtout chez l'homme), et si l'anus iliaque avec fermeture du bout inférieur ne donnait pas de si bons résultats.

2 observations. — Cancer recto-sigmoïde et carcinose diffuse recto-sigmoïdienne.

Z... (Joseph), âgé de soixante-six ans, entre le 23 juin 1898 à l'hôpital Cochin, salle Boyer, envoyé par le Dr Borne.

Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Le début de sa maladie remonte au mois de janvier dernier, époque à laquelle il se plaint de légères douleurs abdomino-pelviennes fixes. Il n'accuse à cette date aucun trouble de la circulation intestinale, aucun trouble général.

Survint alors (février) une crise brusque de constipation absolue; les vomissements apparurent le huitième jour. En face de cette occlusion intestinale, le Dr Borne pratique un anus iliaque.

Le malade se remet complètement, engraisse même, dit-il, de 10 kilogrammes.

Les troubles intestinaux apparaissent alors ; en mars, il s'aperçoit que par le bout inférieur s'écoulent des mucosités sanglantes et parfois des petits grains de chair. Les matières passent presque uniquement par l'anus iliaque, le peu qui passe encore par l'anus périnéal serait rubanné.

L'état général est excellent, l'appétit conservé.

Il entre dans le service au mois de juin.

C'est un vieillard robuste, à l'apparence de santé, pourvu d'un certain embonpoint.

L'exploration physique donne les renseignements suivants :

Par l'anus périnéal, le toucher ne perçoit rien, rectum libre, muqueuse saine.

Par l'anus iliaque, le toucher combiné à la palpation hypogastrique permet de sentir nettement à droite du promontoire une tumeur circonscrite siégeant sur le gros intestin.

Examen au rectoscope, tube de 30 centimètres.

Le cylindre est arrêté à 13 cent. 1/2 de l'anus, l'éclairage ne montre aucune altération de la muqueuse au point d'arrêt. Ce tube a butté avant d'atteindre le néoplasme.

Même résultat en introduisant le rectoscope par l'anus contre nature.

On recueille avec un tampon monté sur une longue pince un fragment de tumeur. L'examen histologique en montre la nature nettement épithéliomateuse.

La palpation de l'abdomen ne révèle rien de particulier, le foie est normal. Poumons sains, cœur et reins normaux.

Le malade est soumis à la préparation opératoire habituelle. Opération, 5 juillet.

Laparotomie médiane. On trouve une tumeur recto-sigmoïde sur l'aileron sacré droit, péri-colite adhésive qui plaque la tumeur sur le plan profond, et du feuillet gauche du mésentère. Pour pouvoir libérer la tumeur, il faut découper un carré de péritoine circonscrivant le néoplasme; à la face profonde, l'uretère droit est adhérent sur une longueur de 8 centimètres environ, on le sépare par dissection. Les parois sont saines.

La tumeur en main, vu le peu de longueur du côlon pelvien, on applique le procédé de Madelimg.

Ligature du tronc de l'hémorroïdale supérieure, double section de l'anse intestinale entre ligatures.

La suture du bout inférieur par invagination est rendue très difficile vu que l'intestin a été coupé très bas à hauteur de la première pièce sacrée. Au temps de l'invagination, la ligature lâche, le péritoine pelvien est souillé par le contenu rectal. On se décide alors à enlever le rectum par voie périnéale pour créer une large voie de drainage pelvi-périnéal.

Ligature bilatérale de l'hypogastrique. Section du péritoine autour du rectum, libération de l'intestin sur ses quatre faces.

Retournement du bout supérieur par l'anus iliaque.

Fermeture de la paroi abdominale.

Extraction du rectum par voie périnéale.

Drainage et tamponnement sans aucune ligature.

Le soir, température, 36°,4; pouls, 120. Le pansement périnéal est fortement imbibé de sérosité. 1 litre de sérum.

6 *juillet.* — Température, 37°,1; pouls, 126. Le malade est abattu, il ne souffre ni se plaint. Pansement.

Le soir, température, 37°,1; pouls, 120. 1 litre de sérum.

7 *juillet.* — Température, 36°,7; pouls, 138. L'état général va s'affaiblissant, le malade ne se plaint pas, la langue est sèche, l'haleine légèrement fétide. Pansement périnéal.

Le soir, température, 38°,1; pouls, 152. 2 litres de sérum dans la journée.

	NOMS DES AUTEURS	SIÈGE DU NÉOPLASME	LONGUEUR DE LA RÉSECTION	INTERVENTION	INCISION	RÉSULTATS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
22	Kœnig. 1887. H., 50 ans.	Cancer recto-sigmoïde.	»	Rectotomie postérieure, suture circulaire.	Voie périnéale.	Guérison en 1890.	*Congrès de Berlin*, 1890.
23	Inversen. 1888.	Cancer sigmoïde avec fistule intestino-vésicale.	Résection de l'anse S et vessie partielle.	Suture circulaire.	»	?	*Gynæk. og. obst. Medd. Kjoleuk*, 1888.
24	Ruidfleisch, Czerny. 1890.	Cancer de l'S iliaque.	8 centimètres.	Suture circulaire.	Laparotomie médiane.	Bonne santé en 1892.	In *Thèse* Camus.
25	Kocher, 12 nov. 1889-90.	Cancer de l'S iliaque et iléon.	»	Triple entérectomie, l'S fixé à peau. Anus.	»	Guérison 1er janvier.	*Corresp. blatt. für Schweizer Arzte*, 1890.
26	F. Heutson, janvier 1891.	Cancer de l'S iliaque fistule coli-vésicale.	3 pouces.	Colorraphie circulaire idéale.	Médiane.	Mort 4 jours après, pas de péritonite. Sutures solides.	*Bristish med. Journal*, 1894, p. 405.
27	Bloch, 1892.	Cancer de l'S iliaque.	25 centimètres.	Méthode de Bloch.	Fosse iliaque gauche	Mort 11 mois 1/2 après. Cancer du foie.	*Nord. med. Arkiven*, 1892.
28	Ruidfleisch, 1892.	Cancer de l'S iliaque.	4 à 5 cent.	Suture circulaire.	Laparotomie médiane.	Guérison.	In *Thèse* Camus.
29	Hartley, 30 mars 1892.	Cancer recto-sigmoïde double invagination.	»	Procédé Mounsell.	»	Guérison.	*New-York med. Journal*, 22 octobre 1892.
30	Trèves, 26 nov. 1892.	Cancer de l'S iliaque, sommet de l'anse, 1 pouce 1/2 de hauteur.	7 pouces 1/2.	Colorraphie circulaire.	»	Guérison.	*Lancet*, 11 mars 1893.
31	Bloch, 9 janvier 1893.	Cancer de l'S iliaque.	25 centimètres.	Procédé Bloch.	Incision iliaque gauche.	Mort 1 an après.	*Arch. med. Vord*, 1893.
32	Purcell, 28 février 1893. F., 46 ans.	Cancer recto-sigmoïde à 7 pouces de l'anus.	12 pouces.	»	Voie anale.	Guérison.	*Lancet*, 1er avril 1893.
33	Israel, 8 sept. 1893.	Cancer de l'S iliaque.	28 cent.	Anus préalable. Résection cancer. Fermeture anus.	Par l'anus contre nature.	Guérison.	*Berl. k. Woch.*, mars 1894.
34	E. Paul, 1893.	Cancer recto-sigmoïde invaginé.	5 cent.	Procédé de Mounsell, combiné à Kraske.	Voie abdomino-sacrée.	Bon état 21 mois après	In *Thèse* Finet.
11	Von Wahl, 1882.	Cancer de l'S iliaque. Ovaire cancéreux.	10 centimètres.	Madelung.	Médiane.	Récidive sur place 1 mois après.	*Lond. med. record*, avril 1883.
12	Cecci Ferranti, octobre 1883. H., 28 ans.	S iliaque et rectum supérieur.	8 centimètres S iliaque portion prostato-péritonéale rectum.	Suture du bout supérieur à anus.	Par rectum.	Mort 12 heures après.	*Riv. clin. di Bologna*, 1883.
13	Barton, 1883.	Sarcome enveloppant l'S iliaque et adhérent à la vessie.	»	Résection. Suture bout sup. à plaie, ligature du bout inf. et suture à plaie.	»	Mort 9 mois après récidive.	Cité par Fr. Kendals. *Méd. chir. trans.*, 1889.
14	Czerny, 1883.	Cancer recto-sigmoïde.	»	Résection anus iliaque.	Essai par voie périnéale, voie abdominale.	Mort 12 heures après.	In *Thèse* Finet.
15	Bergmann, 18 janvier 1884, F. 50 ans.	Cancer côlon descendant et anse sigmoïde.	»	Excision de l'S et portion côlon descendant. Résection 2 anses grêles envahies.	Laparotomie médiane.	Guérison.	*Deuts. med. Woch.*, 14 juin 1888, nº 24.
16	Volkmann, 1884.	Cancer colloïde de l'S iliaque.	4 pouces.	Les deux bouts abouchés dans la plaie. Fermeture consécutive.	Laparotomie médiane.	Mort 1 an après récidive.	In *Thèse* Michels, 1885.
17	Hofmokl.	Cancer iliaque.	»	Résection.	»	»	*Berl. der klin. Krankenaustalt.* Rudolph Spling, in Wien, 1887, p. 347.
18	Lange, 1885.	Carcinome de l'anse sigmoïde et côlon ascendant.	4 pouces.	Colorraphie circulaire difficile.	»	Mort 2 jours après.	*Annals of Surgery*, 1886.
19	Weir, 25 octobre 1885, H., 54 ans.	Cancer de l'S iliaque.	5 pouces 1/2.	Madelung.	4 pouces de ligne médiane.	Guérison. Récidive probable.	*Weir*, p. 469.
20	Horteloup, 13 déc. 1886.	Cancer de l'S iliaque.	11 cent.	Suture circulaire avec invagination.	Incision iliaque.	Mort 3 jours après péritonite par perforation.	In *Thèse* Camus, 1887.
21	Kœnig, 1887.	Cancer de l'S iliaque.	»	Colorraphie circulaire.	Ligne médiane.	Guérison en 1890.	*Congrès de Berlin*, 1890.

	NOMS DES AUTEURS	SIÈGE DU NÉOPLASME	LONGUEUR DE LA RÉSECTION	INTERVENTION	INCISION	RÉSULTATS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
22	Kœnig, 1887. H., 50 ans.	Cancer recto-sigmoïde.	»	Rectotomie postérieure, suture circulaire.	Voie périnéale.	Guérison en 1890.	*Congrès de Berlin*, 1890.
23	Inversen. 1888.	Cancer sigmoïde avec fistule intestino-vésicale.	Résection de l'anse S et vessie partielle.	Suture circulaire.	»	?	*Gynæk. og. obst. Medd. Kjoleuk*, 1888.
24	Ruidfleisch, Czerny. 1890.	Cancer de l'S iliaque.	8 centimètres.	Suture circulaire.	Laparotomie médiane.	Bonne santé en 1892.	In *Thèse* Camus.
25	Kocher, 12 nov. 1889-90.	Cancer de l'S iliaque et iléon.	»	Triple entérectomie, l'S fixé à peau. Anus.	»	Guérison 1er janvier.	*Corresp. blatt. für Schweizer Arzte*, 1890.
26	F. Heutson, janvier 1891.	Cancer de l'S iliaque fistule coli-vésicale.	3 pouces.	Colorraphie circulaire idéale.	Médiane.	Mort 4 jours après, pas de péritonite. Sutures solides.	*Bristish med. Journal*, 1894, p. 405.
27	Bloch, 1892.	Cancer de l'S iliaque.	25 centimètres.	Méthode de Bloch.	Fosse iliaque gauche	Mort 11 mois 1/2 après. Cancer du foie.	*Nord. med. Arkiven*, 1892.
28	Ruidfleisch, 1892.	Cancer de l'S iliaque.	4 à 5 cent.	Suture circulaire.	Laparotomie médiane.	Guérison.	In *Thèse* Camus.
29	Hartley, 30 mars 1892.	Cancer recto-sigmoïde double invagination.	»	Procédé Mounsell.	»	Guérison.	*New-York med. Journal*, 22 octobre 1892.
30	Trèves, 26 nov. 1892.	Cancer de l'S iliaque, sommet de l'anse, 1 pouce 1/2 de hauteur.	7 pouces 1/2.	Colorraphie circulaire.	»	Guérison.	*Lancet*, 11 mars 1893.
31	Bloch, 9 janvier 1893.	Cancer de l'S iliaque.	25 centimètres.	Procédé Bloch.	Incision iliaque gauche.	Mort 1 an après.	*Arch. med. Vord*, 1893.
32	Purcell, 28 février 1893. F., 46 ans.	Cancer recto-sigmoïde à 7 pouces de l'anus.	12 pouces.	»	Voie anale.	Guérison.	*Lancet*, 1er avril 1893.
33	Israel, 8 sept. 1893.	Cancer de l'S iliaque.	28 cent.	Anus préalable. Résection cancer. Fermeture anus.	Par l'anus contre nature.	Guérison.	*Berl. k. Woch.*, mars 1894.
34	E. Paul, 1893.	Cancer recto-sigmoïde invaginé.	5 cent.	Procédé de Mounsell, combiné à Kraske.	Voie abdomino-sacrée.	Bon état 21 mois après	In *Thèse* Finet.
35	Lane, 15 janvier 1894, F., 43 ans.	Sarcome méso-sigmoïde.	»	Suture avec Murphy.	Laparotomie médiane.	Guérison.	*Lancet*, 21 avril 1894.
36	Chaput, 1894.	Cancer de l'S iliaque.	»	Opér. de Volkmann entérotomie, Fermeture anus.	Ligne médiane.	Mort 1 mois 1/2 après.	*Société de Chirurgie*, 1894.
37	Bazy, F., 36 ans.	Cancer de l'S iliaque.	15 cent.	Résection tumeur anus vaginal puis anus iliaque.	Voie vaginale.	Mort 15 jours après.	In *Thèse* Finet.
38	Sorge, octobre 1894.	Cancer de l'S iliaque.	2 fois 10 cent.	Résection à 2 reprises. Suture circulaire.	Incision iliaque.	Guérison.	*Riforma medica*, avril 1895.
39	Gaudier, nov. 1895.	Cancer recto-sigmoïde.	18 cent.	Procédé abdomino-périnéal.	»	Mort 4 jours après.	Rapport de Quénu à Soc. de chir., 1896.
40	Chalot, 6 déc. 1895.	Cancer recto-sigmoïde.	37 cent.	Procédé abdomino-périnéal.	»	Mort lendemain.	*Id.*
41	Bœckel, 1896.	Cancer recto-sigmoïde	25 cent. + 9 intestin grêle.	»	Sacro-abdominale. Quénu. Une séance.	Guérison.	Société de chirurgie, 1896.
42	Gallet, 1896.	3 cas de cancer, S iliaque.	»	Volkmann.	»	1 mort immédiate, 1 mort apr. 3 mois, 1 vie 1 an apr.	XIe Congr. chir. franç. séance 27 oct. 1897, mat.
45	David Giordano, 5 sept. 1896.	Cancer rectosigmoïde.	36 cent.	Procédé abdomino-périnéal. ligature des hypogastriques.	»	Guérison.	*Clinica chirurgica*, 30 octobre 1896.
46	Tuffier Dumont.	Cancer de l'S iliaque fistule intestino-vésicale.	»	Extirpation. Anastomose cæco-rectale.	Ligne médiane.	Mort 4 jours après.	*Rev. de Chir. abdomin. et gynécol.*, 1898, nº 3.
47	Quénu, 28 juillet 1898.	Cancer sigmoïde à 15 cent. de l'anus.	43 cent.	Extirpation abdomino-périnéale.	Médiane.	Mort 4 jours après.	Inédit.
48	P. Duval, 1er août 1898.	Cancer sigmoïde à 22 cent. de l'anus.	42 cent.	*Id.*	*Id.*	Mort 5 jours après.	»
49	Quénu, 28 octobre 1898.	Cancer recto-sigmoïde.	36 cent.	Extirpation abdomino-périnéale.	*Id.*	En voie de guérison.	»

8 *juillet.* — Mauvaise nuit, agitée. Température, 36°,8 ; pouls, 160. Les vomissements apparaissent à 10 heures.

Les urines avaient jusque-là dépassé 600 grammes par jour.

Le soir du 8, oligurie ; température, 37°,3 ; pouls, 170, filiforme ; le malade est en prostration complète, léger délire. Mort dans la nuit, à 1 heure du matin.

B... (Ludovic), soixante-deux ans, entre à Cochin, salle Boyer, le 17 octobre 1898.

Antécédents nuls.

Son affection remonte au mois de juin 1898, époque à laquelle il fut pris d'une diarrhée tenace, rebelle à tout traitement; les matières étaient liquides, jaunâtres, horriblement fétides.

Il éprouve de fréquentes et impérieuses envies d'aller à la selle, dix, quinze fois par jour, mais presque toujours « à vide », il n'expulse de matières que deux ou trois fois par jour.

La diarrhée va augmentant jusqu'au mois d'août.

La santé générale ne s'altère pas.

En août, il maigrit de 6 kilogrammes en quinze jours, puis il est pris de troubles dyspeptiques, l'appétit diminue, la digestion est pénible, des coliques douloureuses apparaissent.

En septembre, légère amélioration ; il reprend son travail abandonné depuis le 15 août.

Examen, le 18 octobre. — Vieillard robuste, bien musclé, pourvu d'un pannicule graisseux abondant. Apparence de santé, quoique la figure soit un peu pâle.

Toucher rectal. — Hémorroïdes, à 7 centimètres de l'anus néoplasme végétant presque circulaire, plus étendu sur les parois droites et postérieures. La lumière de l'intestin est peu rétrécie, l'index passe facilement et franchit la limite supérieure du néoplasme à 4 centimètres au-dessus environ.

La tumeur semble mobile en avant et sur les côtés ; elle se laisse moins facilement abaisser en arrière.

La palpation abdominale ne donne aucun renseignement, la paroi est trop épaisse.

Les viscères sont sains, foie, poumon, cœur et reins.

Préparation habituelle. Opération le samedi 28. La malade a été reprise, dans la nuit, d'une diarrhée abondante.

Extirpation abdomino-périnéale du rectum.

Laparotomie médiane. Intestin surchargé de graisse; on trouve un néoplasme sigmoïde sur la partie droite du segment pelvien du côlon. Plus bas, on sent très nettement le néoplasme rectal. Entre les deux noyaux, un segment intestinal d'apparence saine.

On procède aux quatre temps opératoires; la ligature bilatérale de l'hypogastrique est faite après la section du côlon pelvien.

L'anus iliaque porte sur le segment iléo-pelvien. Il n'est pas ouvert de suite ; l'intestin est laissé fermé par sa ligature.

Après l'opération, le pouls est à 90, régulier et bien frappé.

A cinq heures, le malade est bien réveillé, cause, n'accuse aucune douleur. Température, 37°,9; pouls, 100.

29 *octobre*. — Température, 39°,1; pouls, 115.

Facies excellent, ventre souple; le malade dit souffrir moins qu'avant son opération. La plaie périnéale n'a pas suinté du tout, les tissus sont souples, non douloureux.

L'état du pouls et de la température ne semble pouvoir être attribué qu'à la rétention et à l'intoxication intestinales. On ouvre l'anus contre nature; un flot de matières diarrhéiques s'échappe.

Le soir. Température, 38°,6; pouls, 106, très bon état. Urines, 950 grammes.

30 *octobre*. — Température, 38 degrés; pouls, 96, très bon état. Pansement, aucun suintement. Urines, 1.250 grammes.

31 *octobre*. — Température, 37 degrés; pouls, 86. Amélioration sensible. Urines, 1.000 grammes.

1er *mai*. — Même état, le malade ne cesse de répéter qu'il se sent bien mieux qu'avant l'opération.

Examen de la pièce. — Hauteur, 38 centimètres; cancer, à 6 centimètres de l'anus; 26 centimètres de néoplasme avec muqueuse saine entre les deux noyaux; 6 centimètres de muqueuse saine au-dessus du néoplasme.

Discussion.

Luxations anciennes de l'épaule.

M. Hennequin. — Le rapport de M. Nélaton sur l'observation de M. Delagenière (de Tours) (arthrotomie pour une luxation ancienne irréductible de l'épaule), a soulevé une discussion qui s'est bientôt élargie. Il n'y a pas lieu d'en être surpris ; car au traitement des luxations anciennes, se rattachent un grand nombre de questions.

Tout d'abord, il me semble qu'il faudrait s'entendre sur le mot irréductibilité appliqué aux luxations, parfois un peu à la légère. Bien que je sois le premier à reconnaître qu'il est des obstacles qui ne peuvent être levés que par l'instrument tranchant, il n'est pas moins vrai qu'une luxation déclarée irréductible par un chirurgien peut être réduite par un autre, en employant des agents de traction plus perfectionnés, en exécutant des manœuvres mieux appropriées à la variété du déplacement, en fixant le lacs extenseur de manière à avoir une transmission plus intégrale de la force déployée, en assurant une immobilité plus complète de l'omoplate, en imprimant, préalablement à toute traction, des mouvements d'élévation, d'abduction, d'adduction, de circumduction, de rotation à l'humérus, mouvements qui seront continués autant

que possible sous l'extension et répétés après chaque déclanchement. Ces cas ne sont pas d'une extrême rareté, et, pour ma part, j'en connais un certain nombre.

Entre autres, je vous en citerai un qui est intéressant à plus d'un titre.

Un homme de quarante-cinq ans, d'une forte constitution, bien musclé, tombe à la renverse d'une échelle de 5 à 6 mètres de hauteur. Instinctivement, pour amortir le choc et préserver sa tête, il porta les bras en arrière et se fit une double luxation sous-coracoïdienne qui fut négligée pendant longtemps. Un mois après l'accident, deux tentatives, à deux jours d'intervalle, furent faites sous le chloroforme avec les moufles, sans aucun résultat. Malgré la gêne éprouvée dans l'exercice de sa profession, bien que ne pouvant s'habiller seul, élever les bras ni les porter en arrière, il était résigné à son sort, persuadé qu'on ne pouvait rien faire de plus. C'est alors qu'il reçut l'ordre de son supérieur de venir à Paris et prendre l'avis de chirurgiens compétents. Son médecin et son ami, que j'avais connu dans les hôpitaux comme interne, me le présenta. La luxation des deux épaules n'était pas douteuse. Six semaines s'étaient écoulées depuis l'accident. Nous décidâmes de faire une tentative la (troisième), dès le surlendemain. Nous fûmes assez heureux pour réduire dans la même séance et au premier déclanchement les deux luxations avec le treuil. Les bras furent maintenus croisés sur la poitrine pendant quinze jours, ce qui gênait considérablement le malade, qui était obligé de se faire aider, non seulement pour manger, mais encore dans tous les autres besoins. Après des massages plus ou moins bien faits, le malade retourna en province, où il reprit l'exercice de sa profession. J'appris plus tard qu'il avait recouvré tous les mouvements de ses bras.

A mon avis, ce n'est pas après une ou deux tentatives aussi scientifiquement dirigées qu'on les suppose, qu'on est en droit de se prononcer sur l'irréductibilité d'une luxation; l'observation précédente en fait foi. Cependant, ce n'est que quand les moyens de force, scientifiquement dirigés et répétés plusieurs fois, ont échoué, qu'on est autorisé à recourir à l'intervention sanglante, les cas dans lesquels cette dernière opération devra être pratiquée d'emblée étant excessivement rares.

Il me semble que dans le traitement des luxations anciennes, on ne tient pas un compte suffisant de certains facteurs, qui cependant jouent un rôle important; je veux parler de l'âge, du sexe, de la profession et de l'énergie du blessé.

Chez les enfants et les adolescents, je n'ai pas besoin de dire que la réduction exige moins d'efforts, présente moins de difficultés que chez l'adulte. Mais en cas d'insuccès, l'intervention sanglante ne me paraît justifiée que très exceptionnellement, parce qu'avant

le développement complet du squelette, les épiphyses doivent être respectées autant que possible; les extrémités osseuses déplacées se modelant de manière à former une néarthrose qui se rapproche beaucoup du type normal avec des mouvements presque aussi étendus et aussi variés que l'articulation qu'elle supplée.

On ne doit pas hésiter chez la femme, à tenter la réduction de luxations datant de plusieurs mois. M. Schwartz a certainement conservé le souvenir d'une luxation scapulo-humérale que nous avons réduite dans son service, et sans grands efforts, après neuf mois.

Chez la femme, les tissus de nouvelle formation qui entourent la néarthrose ont, en général, un développement plus lent, une structure plus lâche, une résistance moins grande que chez l'homme, surtout si ce dernier exerce en plein air un métier exigeant de la force. Eh bien, même chez ces derniers, j'ai pu réduire des luxations datant de quatre et cinq mois.

Peut-être attachons-nous trop d'importance à la force déployée qu'accuse le dynamomètre, contrôleur inséparable de tout appareil de réduction. Il arrive assez souvent qu'après deux ou trois déclanchements sans résultat sous une traction de 100 à 120 kilogrammes, la tête est ramenée dans sa cavité par des manœuvres simples, par des mouvements imprimés à l'humérus dans une direction différente. Les tractions brisent les obstacles, applanissent la voie dans laquelle les manœuvres engagent la tête et la sollicitent à réintégrer sa cavité.

Lorsqu'on emploie les appareils à traction, il est indispensable, si on veut avoir une transmission, aussi intégrale que possible de la force au levier à mouvoir : 1° de bien choisir ses points d'appui qui seront toujours osseux; 2° de fixer aussi solidement qu'on le pourra le lacs extenseur, immédiatement au-dessus de l'épiphyse inférieure du membre; 3° de faire rétracter la peau dans le sens opposé à la traction. Et malgré toutes ces expériences, il sera impossible d'empêcher le glissement des téguments sur les parties sous-jacentes, par conséquent d'éviter une déperdition de transmission de la force.

Les résistances à vaincre pour amener la tête en regard de sa cavité viennent : 1° des téguments qui, comme je viens de le dire, glissent, quoi qu'on fasse, sur les points d'appui auxquels est fixé le lacs extenseur, glissement qui peut amener leur rupture si on a négligé de fléchir à angle droit le levier sous-jacent (ici l'avant-bras) qui arrête les circulaires dans lesquelles sont enserrés les chefs du lacs extenseur; 2° des muscles rétractés, dont la résistance est augmentée dans des proportions qui varient avec

l'âge, le sexe, la profession du sujet et l'ancienneté du déplacement.

Ces deux sources de résistance absorbent une quantité variable de la force de traction, dont le principal effort doit se porter sur la troisième source représentée par les liens fibreux qui retiennent la tête dans sa position vicieuse.

Réunies, ces résistances constituent une somme d'énergie considérable, parfois insurmontable, ou du moins qu'il serait imprudent de vouloir vaincre à tout prix. Aussi, est-ce dans le but de les diminuer dans une certaine mesure qu'il est indiqué d'imprimer au levier osseux, avant, pendant et après les tractions, des mouvements aussi étendus que possible dans toutes les directions. Je ferai cependant une restriction en faveur du mouvement de rotation de l'humérus sur son axe, afin de ne pas s'exposer à briser son épiphyse supérieure. Pour opérer cette rotation, on se sert de l'avant-bras fléchi à angle droit. Or, l'avant-bras transformé en levier puissant mesure de 20 à 25 centimètres de longueur, tandis que le rayon de la tête humérale, levier résistant, n'en a que 1 cent. 1/2 à 2 cent. 1/2 ; de sorte qu'une force d'un kilogramme appliquée à l'extrémité inférieure de l'avant-bras se traduit par une puissance de 20 à 25 kilogrammes à l'extrémité du rayon céphalique. On comprend donc que l'extrémité supérieure de l'humérus fixée par des adhérences solides, ne puisse résister à une puissance de quelque énergie appliquée à l'extrémité de l'avant-bras fléchie.

Je suppose la tête réintégrée dans sa cavité. Tout n'est pas terminé, tant s'en faut. Pour l'y maintenir, il est souvent nécessaire d'engager une nouvelle lutte contre tous les éléments vaincus qui, après leur défaite, se coalisent pour ramener la tête dans sa position vicieuse. Et il est parfois plus difficile de maintenir la réduction que de l'obtenir. Quoi qu'on fasse, on ne parviendra pas toujours à fixer la tête dans la cavité. Il m'est arrivé de la voir reprendre lentement, progressivement sa position vicieuse, malgré les bandages les plus sévères.

Dans son observation, M. Delagenière nous fait prévoir une des causes de cette difficulté de maintenir la réduction (le remplissage de la cavité par des débris capsulaires et des fongosités). J'en signalerai une autre. Chez un homme de cinquante-six ans, mort accidentellement, qui avait une luxation sous-coracoïdienne datant de deux mois et demi, j'ai trouvé la tête humérale fixée contre la face antérieure du col de l'omoplate, où elle s'était creusé une cavité empiétant sur la cavité glénoïde dont elle avait absorbé le tiers de la surface. Ces deux cavités n'étaient séparées que par une arête assez vive recouverte de cartilage. Le bourrelet glénoïdien faisait complètement défaut à ce niveau. Si cette luxation

avait été réduite, n'y aurait-il pas là une cause de récidive ayant une grande analogie avec celle qu'ont décrite MM. Broca et Hartmann?

Je ne m'arrêterai pas sur les causes d'irréductibilité, je mentionnerai seulement celle que nous a signalée M. Ricard (fragment osseux vicieusement consolidé au voisinage de la tête, ou ostéophyte mettant obstacle à la réintégration de la tête dans sa cavité).

La réduction est obtenue et maintenue; quel sera le résultat définitif au point de vue des fonctions de l'articulation? Oh, très variable. C'est ici qu'il faut tenir compte de l'âge, du sexe, et surtout de l'énergie de l'opéré. C'est ce dernier facteur qui devra servir de base au pronostic, aussi bien après les réductions sanglantes qu'après celles qui ont été obtenues par la force.

Si on a affaire à des natures molles, sans énergie, sans force de volonté, redoutant par-dessus tout la douleur que déterminent fatalement les mouvements provoqués, les exercices variés auxquels doit être soumise l'articulation pour recouvrer ses fonctions, quoi qu'on fasse, on n'obtiendra qu'un résultat plus ou moins imparfait. Quant à moi, je puise les éléments d'intervention ou d'abstention au moins autant dans l'étude du caractère du sujet que dans l'examen de l'articulation. Et si je ne me trompe, M. Nélaton n'est pas très éloigné de suivre cette règle de conduite. Que de fois j'ai observé des sujets ne retirer d'une intervention heureuse qu'un bénéfice nul ou à peine appréciable, tandis que d'autres, d'un caractère plus viril recouvraient l'intégrité, ou à peu près, des mouvements du bras. Aussi j'estime, bien que cette opinion n'ait rien de flatteur pour l'opérateur, que le résultat final dépend plus du blessé que du chirurgien. Outre le massage, les mouvements provoqués et volontaires, les exercices variés, incessamment renouvelés, l'énergie et la patience du sujet sont les principaux agents du traitement post-opératoire des luxations en [général, mais particulièrement des anciennes.

Je n'abandonnerai pas ce sujet sans attirer l'attention sur la fréquence et la ténacité des troubles d'innervation et de nutrition qui compliquent certains traumatismes de l'épaule et particulièrement les déplacements de la tête humérale. Le deltoïde est un des premiers atteints dans ses fonctions et sa nutrition. Frappé d'atrophie, d'impotence partielle ou totale, il ne reprend ses fonctions, quand il les reprend, qu'après un temps assez long.

Dans les déplacements secondaires passifs, il ne recouvre jamais qu'une contractilité volontaire très précaire, malgré le massage, l'électricité, les mouvements actifs et passifs.

Dans les compressions nerveuses par la tête humérale, accidents qui réclament si impérieusement l'intervention sanglante quand

les tentatives de réduction ont échoué, il n'est pas très rare de voir la paralysie persister et même s'aggraver malgré la réduction, en dépit de tous les moyens employés. Quand la tête humérale est restée un certain temps hors de sa cavité, habituellement elle augmente de volume, donnant lieu à l'illusion d'un déplacement consécutif, bien que la réduction n'ait laissé aucun doute dans l'esprit de l'opérateur. Cette sorte de subluxation post-opératoire est souvent réelle, mais aussi elle peut n'être qu'apparente, qu'un effet de l'augmentation du diamètre transversal de la tête, dont la face antérieure refoule en dedans le sillon pectoro-deltoïdien.

En terminant, je ne puis qu'adopter les conclusions du rapport si judicieux de M. Nélaton, qu'approuver la ligne de conduite qu'il nous a tracée et qu'il suit depuis 1888. J'ajouterai seulement que, quel que soit le procédé de réduction, tractions, arthrotomie, résection; l'âge, le sexe, l'énergie, la ténacité de l'opéré sont des facteurs dont il faudra tenir grand compte au point de vue du résultat final.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Rapports.

*Sur une observation de M. le D*r TÉMOIN (de Bourges), *intitulée : Occlusion intestinale chez une femme de trente-deux ans, enceinte de cinq mois. Laparotomie. Guérison.*

M. SCHWARTZ, rapporteur.

Voici l'observation résumée que nous a adressée M. le Dr Témoin :

OBSERVATION. — J. A..., trente-deux ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu de Bourges, le 20 octobre 1897, se plaignant de violentes douleurs de ventre. Comme elle est enceinte de cinq mois, on pense à un avortement et elle est admise dans le service de la maternité. Pendant deux jours, elle ne cesse de souffrir, vomit tout ce qu'elle prend, a de la fièvre et, mon confrère, qui l'examine, pense qu'il s'agit d'une péritonite et la fait passer dans le service de médecine. Pendant quelques jours les accidents sont les mêmes et ne semblent pas augmenter, mais le 30 octobre, les symptômes de péritonite augmentent ; la malade qui allait un peu à la selle, ne rend plus ni gaz, ni matière; le ventre est ballonné, tendu ; le facies est grippé, le pouls petit, filiforme. La température reste plutôt au-dessous de la normale. Les vomissements sont

fécaloïdes. Le 31 octobre, je vois cette malade avec mon collègue de l'Hôtel-Dieu et nous constatons des signes évidents d'obstruction intestinale. Le ventre est énorme; au-dessus de l'utérus, qui remonte de quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du pubis, les anses intestinales se dessinent sous la paroi. La palpation est impossible tant la douleur est vive, et la localisation de l'obstruction nous semble impossible. Nous la supposons très bas. à cause de l'énorme développement des anses intestinales.

Malgré la faiblesse extrême de la malade, qui est dans un état de maigreur effrayant, nous décidons une intervention indispensable et la malade est passée dans mon service. (Tous les moyens médicaux ont échoué.)

Opération, 1er *novembre.* — Incision sur la ligne médiane, allant de l'ombilic au pubis, en avant de l'utérus gravide. La paroi et le péritoine incisés, une légère sérosité s'écoule par la plaie, mais sans odeur fécaloïde. Les anses de l'intestin sont énormes et du volume de l'extrémité de l'avant-bras.

J'introduis mes doigts et ma main pour chercher si je puis rencontrer quelque chose d'anormal, mais je ne trouve rien et l'utérus est une gêne pour l'exploration.

Je me décide alors à dérouler les anses intestinales. Je saisis celle qui se présente la première, je la fais tenir par un aide et je déroule d'abord toute la portion droite. De ce côté, je ne rencontre aucun obstacle. Je dévide alors la portion gauche, et bientôt je sens une résistance ; l'intestin est fixé derrière l'utérus.

Introduisant de nouveau la main en suivant l'anse qui résiste à la traction, je perçois nettement l'obstacle qui me semble formé par une bride siégeant sous les annexes gauches. Je fais relever par des compresses stérilisées la masse intestinale qui tend à obstruer la plaie, et nous constatons le plus facilement du monde, mes collègues et moi, qu'une portion de l'iléon est étranglée dans des brides péritonitiques développées sous le ligament large de ce côté. Avec les doigts, lentement, je déchire ces brides formées d'exsudats légèrement purulents; elles cèdent assez facilement et bientôt l'anse est libérée. L'extrémité de l'intestin réduite à son minimum, tranche absolument avec la portion supérieure surdistendue.

La toilette de toute cette zone péritonitique est faite avec des tampons imbibés de solution de formol à 1/200; les anses intestinales sont lavées à l'eau chaude et la plaie refermée.

L'opération a duré plus d'une heure.

Suites : La malade a encore le soir quelques vomissements fécaloïdes. Mais le pouls est meilleur.

Dans la nuit, nouvelles douleurs, mais il s'agit cette fois de la fausse couche, qui se fait sans accident, le fœtus avait cinq mois environ.

Le lendemain, les vomissements cessent; la malade peut prendre un peu de bouillon froid, du champagne coupé d'eau. Une débâcle abondante survient et la malade se sent soulagée.

Depuis, elle a été mieux — et malgré une légère infection de la

plaie (elle avait rempli le lit et le pansement de matières), elle est hors de tout danger.

Dans un cas comme celui-là, avec la grossesse concomitante, j'ai jugé qu'un anus contre nature était difficilement praticable.

Je ne veux pas, à propos de l'observation que vous venez d'entendre, rentrer dans le fond de la discussion qui a occupé notre Société, il y a quelques mois.

Comme alors, je suis d'avis que l'opération de choix dans les cas d'étranglement interne est la laparotomie avec recherche directe de l'obstacle et sa levée; l'anus contre nature et l'entérotomie ne sont que des pis aller.

Dans le cas actuel, le Dr Témoin a bien fait de pratiquer une laparotomie. La grossesse était une complication, mais non une contre-indication; il existe bon nombre d'observations de laparotomie chez des femmes enceintes qui ont guéri et, qui plus est, ont accouché à terme. Dans son cas, l'avortement a eu lieu; la possibilité de cet accident ne doit, à notre avis, pas entrer en ligne de compte dans la détermination des indications qui sont des indications d'urgence. Je vous propose d'adresser nos remerciements a M. le Dr Témoin pour son intéressante observation publiée en entier dans le court rapport que je viens de vous faire.

Traitement du goitre exophthalmique par la résection du grand sympathique (Résumé de dix observations), par M. le Pr Jonnesco (de Bucharest).

La communication de M. Jonnesco est remise à l'examen d'une commission. M. Gérard Marchant, rapporteur.

Présentation de malades.

M. Beurnier présente une *autoplastie de la verge et du scrotum*, faite à l'aide de la peau de la face interne des cuisses.

La présentation de M. Beurnier est remise à l'examen d'une commission : M. Reynier, rapporteur.

M. Tuffier présente un malade atteint de *tuberculose osseuse du pied*, qu'il a guéri par le traitement conservateur.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SEANCE DU 9 NOVEMBRE 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Un travail de M. LAMHET (de Lille), sur *deux cas de fistule uretéro-vaginale* (Renvoyé à une Commission, dont M. TUFFIER est rapporteur);

3° Un travail de M. Waquet (de Lorient), sur deux observations d'*occlusion intestinale guérie par la laparotomie* (Renvoyé à une Commission, dont M. NÉLATON est nommé rapporteur).

M. PICQUÉ dépose sur le bureau de la société deux exemplaires de la thèse de M. Barozzi : *Considérations sur les gastrostomies en général, en particulier par le procédé de Marwedel.* (Renvoyé à la Commission du prix DUVAL-MARJOLIN).

M. MONOD dépose sur le bureau de la société un travail de M. Vanverts (de Lille), sur *le procédé de Villar dans la cure radicale des hernies, sans fils perdus, et sur ses résultats éloignés.* Ce travail est renvoyé à une Commission : M. MONOD, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

M. MICHAUX. — Je voudrais dire qu'il m'est arrivé une fois, me trouvant près d'un malade très gravement atteint, de voir le malade avoir une syncope dès la deuxième bouffée de chloroforme. J'ai fait la manœuvre préconisée par M. Tuffier. J'ai découvert le cœur, après avoir, bien entendu, épuisé tous les autres moyens thérapeutiques usités en pareil cas. J'ai comprimé le cœur, le résultat a été nul.

Discussion.

Sur les luxations irréductibles et récidivantes de l'épaule (suite).

M. TUFFIER. — Le rapport de notre collègue Nélaton ne visait que les luxations *irréductibles;* la discussion s'est élargie et porte également sur les luxations *récidivantes.*

La chirurgie moderne a substitué, grâce à l'innocuité de ses interventions, l'arthrotomie aux manœuvres forcées qui étaient la seule arme de nos devanciers contre les luxations invétérées. Pour ma part, je crois qu'il faut remettre la tête dans sa cavité, quand cette cavité existe encore et quand les parties périarticulaires ne sont pas trop rétractées et devenues fibreuses. C'est donc une affaire de temps et de constatations pendant l'arthrotomie. Je crois que cette transformation fibreuse des coulisses tendineuses et des muscles avoisinants a une grande importance pour le résultat *définitif.*

Nous ne pouvons réellement discuter que sur l'opportunité opératoire dans les luxations *anciennes*, et nous demander s'il vaut mieux *réséquer* ou *mobiliser*. Je n'ai eu à intervenir que deux fois pour des luxations de ce genre datant de plusieurs années, et, dans les deux cas, ce sont des troubles névritiques — douleur et altérations trophiques — qui ont nécessité la résection de la tête humérale. Ce qui m'a le plus frappé chez mes deux malades, c'est la profondeur à laquelle siégeait la tête, la difficulté considérable que j'ai eue à la déplacer, au milieu d'une gangue fibreuse qui la fixait solidement. Chez mes deux malades les douleurs ont disparu, mais les troubles trophiques ont persisté sans s'aggraver, et le résultat, au point de vue de l'étendue des mouvements,

n'a été que partiel. Les formations fibreuses épaisses périarticulaires, dans ces luxations invétérées, ont été la cause de cette limitation des mouvements.

A propos des *luxations récidivantes*, je crois la résection bien rarement indiquée. Quant à l'intéressante *encoche postérieure* de la tête humérale en pareil cas, en voici un exemple remarquable :

Un homme de quarante-neuf ans, pâle, cachectique fébricitant, entre dans mon service de la Pitié, le 23 janvier 1898, pour une tuméfaction phlegmoneuse de la face antérieure de l'épaule droite, présentant les signes et la marche d'un abcès froid avec accidents inflammatoires. Il nous raconte qu'à l'âge de vingt-neuf ans, il se luxa l'épaule et que, depuis cette époque, il est maintes fois venu à l'hôpital pour faire réduire cette luxation. Une hémoptysie abondante, il y a quatre mois, et depuis des douleurs continues dans l'articulation ont précédé la tumeur qu'il présente aujourd'hui. C'est un abcès froid du volume d'une orange, ocupant l'espace pectoro-deltoïdien, douloureux, s'accompagnant d'une immobilisation complète de l'épaule, avec atrophie musculaire. Je dus ouvrir cette collection le 2 mars; une incision en L me conduisit sur l'abcès, que je disséquai, et dont la paroi profonde était formée par la face antérieure de la capsule articulaire; faisant écarter le bras du tronc, je sentis la tête se luxer brusquement en avant; la capsule paraissait intacte, mais un petit orifice faisait communiquer l'abcès sous-deltoïdien avec l'intérieur de l'articulation, d'où s'écoula un peu de liquide purulent. Cette luxation effectuée et nettement arrêtée, je n'eus qu'à faire tirer sur le coude pour la réduire. Je la reproduisis et j'en fis la réduction par simple pression directe sur la tête, plusieurs fois, et tous les assistants purent voir le mécanisme de sa production. Je réséquai la tête humérale d'un coup de ciseau, pour favoriser le drainage de la cavité. Voici cette tête : sa face postérieure porte une profonde encoche verticale; sa partie antérieure est usée, et a presque disparu.

Ce malade a succombé à sa tuberculose généralisée. Sa mort nous permet de vous présenter aujourd'hui sa cavité glénoïde : comme vous le voyez, son bord antérieur est usé et il correspond exactement à l'encoche de la tête, et je suis convaincu que cette lésion est bien, en partie, la conséquence de la luxation.

La thérapeutique de ces luxations récidivantes n'est pas nécessairement opératoire. — Dans les cas que j'ai rencontrés, j'ai été frappé de l'*atrophie des muscles* périarticulaires, et surtout du deltoïde. Nous savons tous que le rôle joué par ces muscles dans la coaptation parfaite et normale de ces surfaces articulaires est de première importance; la laxité capsulaire à l'état sain est considérable, et peut-être la résection de la capsule ou son plissement, agissent-ils par eux-mêmes et par la cicatrice des plans musculo-aponévrotiques sus-jacents. Aussi, en rendant aux mus-

cles leur tonicité parfaite, peut-on faire beaucoup. J'ai réussi ainsi par le *massage*, à guérir de ses récidives une luxation habituelle. Voici la relation de ce cas :

Un capitaine de dragons se luxe le bras droit en 1880. Depuis cette époque, ses luxations deviennent si fréquentes qu'il les fait réduire par traction, sans demander l'aide d'un médecin. En 1890, il se fait, en tombant de cheval, une fracture du crâne pour laquelle je le soignai, et, dans sa convalescence, il me parla de ses luxations. Je constatai une atrophie très marquée des muscles de l'épaule ; je pensai que cette atrophie pouvait jouer un rôle dans la fixité de sa tête humérale ; je lui prescrivis du massage, qu'il continua pendant plusieurs mois, et qu'il reprit les années suivantes pendant quelques semaines tous les ans. Au 1er janvier 1898 ses muscles n'étaient pas encore aussi puissants que ceux du côté opposé, mais il ne s'était pas luxé l'épaule droite depuis huit ans. Ce malade avait d'ailleurs une tendance aux luxations, car, dans deux autres chutes de cheval, son bras gauche fut pris dans les rênes et il se fit une luxation de ce côté. — J'ai revu ce malade il y a quelques jours avec une récidive du côté de l'épaule droite datant de quelques semaines ; il m'a avoué qu'il avait négligé de se faire masser depuis le commencement de l'année.

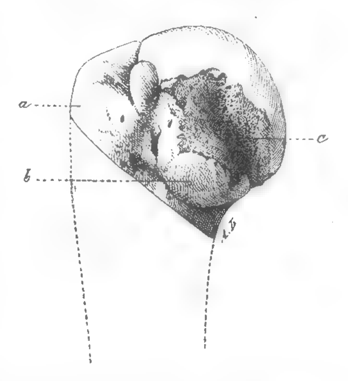
Tels sont les faits que je voulais joindre au dossier de la thérapeutique des luxations que vous avez mise à notre ordre du jour, et qui montrent simplement que la récidive des luxations peut être due à des lésions osseuses et ligamenteuses et à des altérations musculaires qui jouent, à mon avis, un rôle plus considérable que celui qu'on leur a prêté.

M. Berger. — Il est certain que dans la plupart des luxations irréductibles de l'épaule, les modifications survenues dans la forme de la tête humérale et dans l'état de la cavité glénoïde s'opposeraient à la restauration d'une articulation véritablement utile au cas où, par l'arthrotomie, on viendrait à remettre les extrémités articulaires au contact.

Je puis vous montrer un exemple frappant de ces lésions de la tête humérale provenant d'une variété de luxation ancienne de l'épaule pour laquelle on n'a eu que rarement l'occasion de pratiquer une intervention chirurgicale ; il s'agit d'une luxation sous-acromiale de l'humérus droit, dont l'origine remontait au mois de juillet 1897, et qui avait été prise, à cette époque, pour une fracture de l'épaule. L'impotence fonctionnelle, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire, n'avait fait que s'accroître avec le temps ; elle était entretenue par un état douloureux dû au tiraillement que l'extrémité supérieure de l'humérus luxée exerçait sur le nerf circonflexe. Ces douleurs et l'impotence du membre avaient pu

faire penser à l'existence d'une lésion pathologique véritable, scapulalgie ou tumeur, comme étant la véritable cause du déplacement articulaire qui s'était produit. Il n'en était rien; il s'agissait bien d'une véritable luxation traumatique ainsi que le prouva l'inspection directe des parties au cours de l'opération qui se termina par la résection de la tête humérale.

La cavité glénoïde était déshabitée et semblait réduite de volume; elle était recouverte par une couche épaisse de tissu fibreux, débris de la capsule articulaire, qui paraissait lui adhérer fortement. Une capsule nouvelle, très résistante, s'était constituée et réunissait l'acromion à la tête humérale : le tendon de la longue portion du biceps occupait encore la coulisse bicipitale, d'où il fut facile de le dégager : l'artère axillaire pouvait être sentie en avant et au-dessous de la cavité glénoïde.



Déformation de la tête humérale dans un cas de luxation ancienne (sous-acromiale) de cet os (M. Berger).

a, grosse tubérosité de l'humérus; — *b*, petite tubérosité; — *c*, gouttière creusée dans le col anatomique par la pression du bord postérieur de la glène.

La tête humérale que je vous montre, présente une encoche large, longue et profonde, siégeant sur la surface articulaire près de la petite tubérosité, au point où la tête humérale déplacée reposait par sa face antérieure sur le bord postérieur de la glène : à ce niveau, le cartilage et la lame compacte de l'os ont disparu et le tissu spongieux est à nu; ce tissu est le siège d'une ostéite qui s'est propagée au col huméral et à une partie de la tête. Toute la substance osseuse à ce niveau présente les caractères d'une congestion intense et d'une ostéite raréfiante manifeste, et elle tranche par sa coloration sur les parties voisines de l'os.

Après avoir fait une résection aussi limitée que possible de la tête humérale, je fixai l'extrémité sectionnée de cet os à la capsule articulaire par quelques points de suture au catgut fort, comprenant la substance osseuse elle-même. L'observation complète de ce fait a été publiée dans la thèse de M. Balencie (1898), et je vous ai présenté la malade, opérée et guérie, dans une des dernières séances. Vous avez pu constater que le retour fonctionnel est assez satisfaisant; les douleurs ont totalement disparu et l'opérée peut se servir de son membre et pratiquer des mouvements d'éléva-

tion; mais ceux-ci ne peuvent dépasser l'horizontale et le coude ne peut s'élever au-dessus du niveau du moignon de l'épaule par la contraction du deltoïde, quoique celui-ci ait repris en grande partie sa force et sa contractilité. Il s'en faut donc de beaucoup que la néarthrose que possède la malade soit aussi bonne qu'une articulation scapulo-humérale normale.

Nous avions affaire ici à une luxation datant de plus de six mois, mais bien auparavant déjà, les lésions des surfaces articulaires auraient rendu illusoire une réduction pratiquée par l'arthrotomie ; et cependant il est des cas où celle-ci peut rendre des services très grands et restituer une articulation fonctionnant presque normalement, même dans les luxations compliquées. Je vous ai présenté il y a deux ans et demi (1) un sujet chez lequel j'avais eu recours à l'arthrotomie pour une luxation irréductible intracoracoïdienne de la tête humérale, compliquée de fracture siégeant au tiers supérieur de l'humérus ; l'arthrotomie me permit de remettre la tête humérale en place le sixième jour après l'accident; le membre, que j'ai revu l'année dernière, avait récupéré presque tous les mouvements, même celui d'élévation, grâce au traitement par les massages et les mouvements communiqués qui fut employé aussitôt après la consolidation de la fracture, quinze jours après l'opération. Il s'agissait là d'un cas relativement récent; j'avais pu me convaincre par l'inspection directe que la cavité glénoïde était saine.

Je crois que dans ces conditions, après une exploration attentive démontrant que les extrémités articulaires n'ont pas encore subi d'altérations graves, on peut se borner à remettre celles-ci en contact et à les fixer par une suture de la capsule. Si l'incision de l'article fait voir au contraire que les surfaces articulaires sont modifiées profondément, déformées, adhérentes aux débris capsulaires, le mieux est de pratiquer de suite la résection de la tête humérale.

Enfin, dans tous les cas où la luxation irréductible remonte à une certaine ancienneté, qu'il y a trois ou quatre mois qu'elle s'est produite, c'est à la résection d'emblée qu'il faut avoir recours.

Telles sont les conclusions auxquelles avait abouti déjà la discussion soulevée dans cette enceinte sur ce sujet à l'occasion d'un rapport de M. Picqué ; telle est celle à laquelle se rattachent encore, je le crois, la majorité d'entre vous. Dans l'appréciation des indications opératoires, je laisse de côté les faits où malgré la persistance du déplacement, le retour fonctionnel est assez complet pour laisser au blessé l'usage presque entier de son membre, et je me suis borné à parler de ceux dans lesquels l'intervention est

(1) Séance du 4 mars 1896, *Bulletins et mémoires*, N. S. t. XXII, p. 215.

rendue nécessaire par l'impotence fonctionnelle; tel était le cas de la malade sur laquelle j'ai recueilli la pièce rare et curieuse que j'ai pu vous montrer et que je fais reproduire dans nos Bulletins.

M. Nélaton. — Je voudrais ajouter un mot à ce que vient de dire M. Berger. Mes collègues arrivent à peu près aux mêmes conclusions que moi. En face d'une luxation irréductible, le mieux, d'après tout ce qu'on vient de dire, est de ne rien faire, car la résection donne de moins bons résultats encore que le massage et la mobilisation. J'aurais été très désireux de connaître les résultats des résections faites par M. Tuffier; il serait intéressant en effet de savoir ce que gagnent les malades par la résection. Ces résultats tardifs des résections sont d'autant plus intéressants à connaître que, dans la littérature médicale, on ne les trouve pas; j'ai eu beau chercher, je n'ai pas trouvé de résultats excellents : chez le seul malade qu'on nous ait présenté, le bras ne dépassait pas l'horizontale. Quand aux réductions, après six et huit mois, je sais bien que M. Hennequin en a obtenu, mais la réduction n'est pas tout, il faut encore que les surfaces articulaires restent en place. J'ai vu de ces malades, ainsi réduits tardivement; là encore, je trouve qu'on obtient par le massage et la mobilisation des résultats analogues à ceux que donne la résection. L'intervention chirurgicale ne semble donc rien valoir, et on peut conclure que devant les résultats médiocres de l'intervention chirurgicale, il vaut mieux laisser le membre en place. Si je me trompe, je serai heureux de pouvoir provoquer des contradictions.

Quant à ce qu'a dit M. Tuffier des luxations récidivantes, je n'ai rien à faire remarquer sur les lésions anatomiques qu'il a trouvées et sur l'encoche qu'il nous signale comme tant d'autres. Quant à ce qu'il a dit des muscles, je crois qu'il prend ici l'effet pour la cause; par le fait de la luxation, le muscle peut être plus ou moins atrophié. Il existe d'autre part des luxations récidivantes chez lesquelles le système musculaire ne paraît pas atteint. Je pourrais citer mon exemple personnel : j'ai une luxation récidivante, je n'ai pas de faiblesse musculaire et cette luxation se reproduit tous les cinq ou six ans, quelquefois deux ou trois fois de suite dans certains mouvements et sans que j'en sache plus.

M. Tuffier. — A propos de l'atrophie musculaire, je ne sais si chez ma malade elle est consécutive à la première luxation : c'est possible. Je crois seulement que le malade qui n'a pas de muscles a plus de chances de se luxer l'épaule. Je n'ai jamais nié la théorie osseuse, ni la théorie ligamenteuse, ni celle du décollement périostique. Mais je crois que si les muscles sont impotents, il y a tout bénéfice à leur rendre d'abord leur puissance.

M. Reynier. — Je prends la parole pour appuyer les conclusions de M. Tuffier. J'ai vu deux cas de luxation récidivante. Tout dernièrement, un jeune homme de vingt-deux ans se présentait à ma consultation pour une luxation récidivante; il avait de la chorée des yeux, c'était donc un nerveux; son système musculaire était touché par conséquent: et je mis en partie ses troubles articulaires sur le compte du système nerveux. Le second cas se présenta chez un homme albuminurique qui avait aussi probablement des lésions du système nerveux qui avaient eu leur contre-coup musculaire.

M. Kirmisson. — Je ne veux faire qu'une toute petite remarque. En écoutant le travail de M. Hennequin, je me faisais des réflexions identiques à celles de M. Nélaton. On réduit la luxation, cela n'est pas douteux, mais le résultat n'est pas bien satisfaisant. A propos de ce que nous a dit M. Berger, à savoir que si la luxation date de un mois, il faut réduire, mais qu'il faut pratiquer l'arthrotomie si elle date de deux ou trois mois, je ne suis pas de son avis; je trouve que faire l'arthrotomie au bout de deux ou trois mois seulement, c'est aller vite en besogne. J'ai réduit souvent des luxations qui dataient de deux ou trois mois; à cette époque, la réduction s'opère fréquemment; certes, le résultat n'est pas toujours parfait, mais il est assez bon.

M. Berger. — Je répondrai d'abord à M. Kirmisson qu'il s'est mépris sur le sens de mes paroles, auxquelles je n'ai sans doute pas donné toute la clarté voulue. J'ai fait le parallèle entre la résection et l'arthrotomie. Avant de tenter la réduction par ces procédés, j'essaye toujours de pratiquer les manœuvres usitées en pareil cas pour réduire la luxation. Sans doute, M. Nélaton, dans sa comparaison entre l'abstention et les résultats de la résection, a raison pour bien des cas; l'intervention ne donne guère des résultats meilleurs. Mais il existe des cas spéciaux. La lésion dans mon cas datait de huit mois, l'impotence était absolue, le malade ne pouvait aucunement se servir de son bras; de plus, les douleurs étaient très vives. Le résultat fonctionnel a donc été excellent; beaucoup meilleur que par aucun autre moyen.

M. Chaput. — Je voudrais faire remarquer que j'ai présenté, il y a quelques mois, une luxation récidivante de l'épaule traitée par la résection de l'épaule.

J'avais déclaré tout d'abord (me basant sur des souvenirs anciens), que les résultats fonctionnels n'étaient pas très satisfaisants, et que ce fait venait à l'appui des opinions de M. Nélaton

sur les résultats médiocres des résections. Mais en présentant mon malade, je fus surpris de constater un fonctionnement beaucoup plus satisfaisant que celui que j'annonçais. En effet, le malade portait facilement la main à sa tête, et travaillait très facilement à son métier de manœuvre. M. Lucas-Championnière fit les mêmes constatations sur mon malade, et me déclara que ces sortes de malades n'obtenaient des résultats un peu définitifs qu'au bout de deux ans environ. Effectivement, mon malade n'avait récupéré ses mouvements qu'au bout de ce temps. — Je ne voudrais donc pas laisser dire, sans protester, que la résection de l'épaule ne donne pas de bons résultats contre les luxations anciennes de l'épaule.

Rapports.

Deux observations d'ostéomyélite, par M. le Dr Paulidès (de Rhodes),

Rapport de M. C. WALTHER.

M. le Dr Paulidès (de Rhodes) nous a, il y a quelques mois, envoyé un travail portant pour titre : *Deux observations d'ostéomyélite*, travail que vous m'avez chargé d'analyser.

La première observation a trait à un enfant de huit ans, atteint d'ostéomyélite prolongée de l'extrémité inférieure du fémur droit. L'affection avait débuté deux ans auparavant par une poussée d'ostéomyélite aiguë; un abcès s'était ouvert spontanément à la partie antéro-externe de la cuisse, et l'orifice en était toujours resté fistuleux. L'articulation du genou était indemne, les mouvements d'amplitude normaux. L'exploration au stylet révélait la présence d'un séquestre volumineux.

M. Paulidès, par une longue incision antéro-externe, mit à nu un long séquestre remontant jusqu'au-dessous du petit trochanter, le sectionna à ses deux extrémités et l'enleva en respectant la gouttière d'os nouveau dans laquelle il reposait. Après attouchement de la cavité au chlorure de zinc au dixième et contre-ouverture à la face interne, il fit la réunion des parties molles sur toute la hauteur, laissant seulement à la partie inférieure de la plaie un orifice de drainage.

Le neuvième jour, les fils sont enlevés. Réunion par première intention, mais le vingtième jour, un nouveau raclage de la cavité est nécessaire.

Le séquestre enlevé comprenait toute l'épaisseur de la diaphyse, sur une longueur de 10 centimètres; il était compacte, éburné, sans trace de canal médullaire.

La guérison complète fut obtenue au bout de huit mois.

Aujourd'hui, l'enfant, trois ans après l'opération, est engagé comme mousse à bord d'un voilier et « fait preuve d'une grande agilité dans l'exercice de ses fonctions ».

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un jeune garçon de treize ans, qui semblait depuis quelque temps ressentir de vagues douleurs dans la jambe droite. Le 27 juillet 1896, il fit une chute de cheval, et à partir de ce moment, les douleurs augmentèrent, la fièvre éclata les jours suivants, et quand M. Paulidès vit l'enfant le 4 août, huit jours par conséquent après le traumatisme, il constata l'existence d'une ostéomyélite aiguë de la partie supérieure du tibia avec état typhoïde très accentué, délire, fièvre vive (40 degrés le matin), diarrhée jaunâtre, gargouillement dans la fosse iliaque droite.

L'opération, jugée urgente, fut refusée par les parents, et ce n'est que trois jours plus tard, le 7 août, que M. Paulidès put intervenir.

La septicémie était à ce moment intense; l'épaule droite était rouge et douloureuse, le corps thyroïde tuméfié et douloureux.

Par une longue incision, M. Paulidès ouvrit un foyer sous-périostique s'étendant à toute la diaphyse tibiale. L'os dénudé était d'un blanc mat, et la trépanation, pratiquée dans la région juxta-épiphysaire de l'os, d'une part, au milieu de la diaphyse, d'autre part, donna issue à du pus de la cavité médullaire.

En présence de cette large dénudation, M. Paulidès proposa l'extirpation immédiate de la diaphyse tibiale. Cette opération ayant été refusée, la plaie fut lavée au sublimé, touchée avec une solution de chlorure de zinc, au dixième, et les téguments furent suturés à la partie moyenne de la jambe, deux larges orifices assurant le drainage aux deux extrémités de l'incision. Pansement iodoformé.

La température tomba le jour même à 36°,8, mais le lendemain, elle remonta à 38 degrés, pour osciller entre 38 degrés et 39 degrés, et le septième jour après l'opération, le 13 août, M. Paulidès intervint de nouveau.

Désunissant l'incision dans toute sa hauteur, il mit à nu le tibia et fit la résection de toute la diaphyse, sectionnant l'os à ses deux extrémités au niveau de la région juxta-épiphysaire.

En décollant le périoste, M. Paulidès eut soin de ne pas détacher quelques parcelles osseuses adhérentes. La cavité fut lavée au sublimé, touchée au chlorure de zinc au 10e ; les parties molles

furent suturées, y compris le périoste, au crin de Florence, sauf aux extrémités de l'incision, qui reçurent des mèches de gaze iodoformée, imbibées de naphtol camphré.

La diaphyse enlevée avait une hauteur de 21 centimètres; la surface en était érodée, irrégulière, creusée de cavités irrégulières témoignant de l'infection osseuse.

Je passe sur les suites opératoires, qui furent régulières.

Trois semaines après l'opération, on commença à mobiliser le genou, les mouvements y furent rapidement faciles, indolores. L'articulation tibio-tarsienne, au contraire, fut le siège de douleurs témoignant d'une arthrite qui, malgré tous les efforts du traitement, entraîna une raideur accentuée, laquelle ne céda que longtemps après au massage et à la mobilisation.

Le 10 janvier 1897, six mois après l'intervention, les cavités osseuses juxta-épiphysaires étaient comblées, la cicatrisation parfaite.

Un mois et demi après l'opération, on sentait déjà à travers les parties molles de la face antérieure de la jambe des îlots plus ou moins durs qui ne tardèrent pas à s'unir pour constituer une nouvelle diaphyse.

Et en effet le tibia s'est complétement reproduit, et c'est là le point intéressant de l'observation de M. Paulidès ; l'enfant a grandi, les deux jambes croissant toujours d'égale quantité; de sorte que l'enfant aujourd'hui marche très bien, sans boiter, et vous pouvez voir par les photographies que nous envoie M. Paulidès la perfection de la réparation.

Entraîné par le succès qu'il a obtenu, M. Paulidès, dans les réflexions qui font suite à ces observations, conclut à l'indication de l'ablation immédiate de la diaphyse dénudée dans le cas d'ostéomyélite aiguë. Je ne saurais ici partager son opinion et je crois que la large trépanation, le large évidement, assurent aussi bien la désinfection, tout en permettant à un travail réparateur de faire un os nouveau, de reprendre parfois une grande partie de la diaphyse ancienne, de réduire souvent à de petites dimensions le séquestre que devra enlever une intervention secondaire.

Malgré ces divergences d'opinion, je ne puis que féliciter M. Paulidès du beau résultat qu'il a obtenu et je vous propose de déposer son travail dans nos archives et de lui adresser nos remerciements.

M. Kirmisson. — Je crois qu'il est important d'appuyer les conclusions du rapporteur. S'il est des cas où on peut faire la résection de l'os, par exemple dans les ostéo-myélites du calcaneum, pour le tibia, je suis de l'avis de M. Walther, et je crois que la

résection primitive ne doit pas être proposée, la trépanation et l'évidement pouvant suffire.

Communications.

Quelques remarques sur la jéjunostomie,

par M. F. TERRIER.

Ayant eu l'occasion de pratiquer une jéjunostomie, opération relativement rare, puisque je n'en ai recueilli que vingt-six observations dont quatre seulement faites en France par Surmay de Ham (1878), Montaz de Grenoble (1894), J. Peyrot de Paris (1888 et 1896); j'ai cru utile de communiquer cette cinquième observation française à la Société de chirurgie (1).

Voici ce fait :

Observation (2). — Félicien G..., cinquante-trois ans, homme de peine, entre le 8 juillet 1898, à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 13.

Historique. — C'est en décembre 1897 qu'a débuté l'affection qui conduit aujourd'hui le malade à l'hôpital. A cette époque, il perdit presque complètement l'appétit et commença à ressentir, après l'ingestion des aliments, de la pesanteur au creux de l'estomac.

A ces symptômes, s'ajoutèrent bientôt quelques régurgitations, ou plus souvent de simples renvois avec peu ou pas de matières alimentaires. Pas de renvois acides.

L'amaigrissement, dont le début remonte au mois de décembre 1897, s'accusait progressivement, et en mai 1898, la faiblese est telle que le malade est incapable de se livrer au moindre travail.

Il consulta et fut mis au régime lacté et à l'eau de Vichy.

C'est seulement en juillet 1898 qu'apparurent pour la première fois des vomissements. Pendant les huit jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital, ces vomissements ont été journaliers. Survenant deux à trois heures après l'ingestion des aliments, ils empêchaient toute alimentation. Le malade rejetait tout, même le lait.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à signaler. Les père et mère du malade seraient morts à un âge avancé (le père d'accident, la mère hémiplégique).

Antécédents personnels. — Santé toujours excellente. Quelques excès alcooliques. Pas de passé gastrique.

(1) Depuis lors j'ai fait, tout récemment, une nouvelle jéjunostomie, sur laquelle je ne puis encore donner assez de détails post-opératoires pour la publier maintenant.

(2) Rédigée par M. Gosset, interne du service.

Etat actuel. — Malade très amaigri, mesurant 1^{m},75 et pesant 55 kilogrammes.

Teinte jaune paille très accusée.

Examen de l'estomac. — A gauche de la ligne médiane, sous le rebord des fausses côtes, on sent à la palpation une masse indurée, inégale, mal limitée, atteignant presque les dimensions de la paume de la main. Cette induration est indépendante de la paroi abdominale, elle est légèrement mobile avec les mouvements respiratoires. Elle disparaît en haut sous le rebord costal. En dedans, elle reste distante de la ligne médiane de trois travers de doigt.

La percussion de l'estomac montre que ce viscère n'est pas dilaté.

L'insufflation de l'estomac (acide tartrique, bicarbonate de soude) n'amène aucun déplacement dans la situation de la tumeur.

Pas d'adénopathie à distance.

Les viscères, autres que l'estomac, paraissent sains.

Analyse de l'urine. — Quantité en vingt-quatre heures : 1,500 grammes. Réaction : neutre. Densité : 1.023. Urée : 16,65 par litre. Albumine . 0. Sucre : 0. Bile : 0.

Du 8 juillet au 18, c'est-à-dire pendant dix jours, le malade fut tenu en observation. Il ne pouvait absorber qu'un peu de lait, et encore lui arrivait-il parfois de le rejeter.

Opération. — Pratiquée le 18 juillet, par M. Terrier.

Laparotomie médiane, sus-ombilicale. L'exploration de l'estomac montre que la face antérieure est envahie par la production néoplasique dans toute la portion située à gauche de la ligne médiane. Le néoplasme paraît avoir débuté par la grande courbure et avoir ensuite envahi les deux faces de l'estomac, principalement la face antérieure.

La région du pylore est saine.

Devant l'étendue des lésions, l'envahissement des deux faces de la grande courbure, l'absence de sténose pylorique, les adhérences de l'estomac avec le plan profond, M. Terrier rejette la gastrectomie et la gastro-entérostomie comme impossibles et décide de pratiquer une *jéjunostomie latérale.*

Manuel opératoire de la jéjunostomie latérale. — Le grand épiploon est relevé ainsi que le côlon transverse et M. Terrier va à la recherche, le long du flanc gauche de la colonne vertébrale, de l'origine du jéjunum. Il choisit, pour placer la bouche intestinale, un point distant de 18 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Ce point est attiré au niveau des lèvres de la plaie et le jéjunum disposé transversalement. Il est suturé au péritoine pariétal par une collerette de fils de soie. Puis la paroi est complètement refermée, sauf au niveau du point où sera faite la bouche intestinale. L'ouverture cutanée mesure à peine un demi-centimètre de diamètre.

Deux fils suspenseurs non perforants ont été placés sur le jéjunum, à droite et à gauche du point qui doit être ouvert, et ensuite il sont été ramenés au dehors.

Suites opératoires. — Elles furent très simples et le malade, bien que très affaibli, supporta parfaitement l'opération pratiquée.

Pendant les quinze jours qui ont suivi le premier temps de l'opération, le malade a pu s'alimenter par l'œsophage. Il arrivait, par cette voie, à absorber du lait, de l'eau de Vichy, des œufs. Mais les liquides eux-mêmes ne parvenant plus à passer qu'à grand'peine, M. Terrier pratique, le 1er août, l'ouverture du jéjunum.

Les deux fils suspenseurs servent à repérer l'intestin et M. Terrier ouvre la paroi du jéjunum avec la pointe la plus fine du thermo-cautère. L'ouverture est donc très petite.

Le lendemain, on commence l'alimentation par la bouche jéjunale. On y injecte du lait, avec des jaunes d'œuf et de la peptone. On se sert pour cela d'une seringue ordinaire et d'un instillateur uréthral de calibre moyen (un n° 10). L'instillateur est introduit à une profondeur de 2 à 3 centimètres; puis on pousse le liquide.

Le premier jour, on injecte 10 centimètres cubes de lait le matin et 20 centimètres le soir.

Le lendemain, 3 août, 60 centimètres cubes de lait en deux fois.

4 *août.* — 40 centimètres cubes de lait le matin et la même quantité le soir.

11 *août.* — 800 grammes de lait dans la journée, avec œufs et peptone.

18 *août.* — 600 grammes de lait.

20 *août.* — On injecte par la bouche jéjunale un litre de lait en vingt-quatre heures avec peptone et quatre jaunes d'œuf.

28 *août.* — Le malade meurt, avec un œdème considérable des membres inférieurs. Il succombe aux progrès de la cachexie cancéreuse, sans complication organique, mais avec de la diarrhée.

Depuis le 11 août, le malade ne pouvait plus rien absorber par l'œsophage; donc du 11 août au 28, l'alimentation s'est faite *exclusivement* par la bouche jéjunale.

Le malade n'avait pas la sensation de l'introduction des aliments dans le jéjunum. Mais immédiatement après l'injection, il éprouvait une sensation de bien-être, comme à la suite d'un repas.

Le liquide injecté dans l'intestin y restait très bien maintenu. *Jamais* il n'y eut la moindre régurgitation et la bouche jéjunale a toujours bien fonctionné.

L'*autopsie* est pratiquée vingt-quatre heures après la mort, soit le 29 août. — En ouvrant la cavité abdominale, on incise de façon à circonscrire la bouche jéjunale et à enlever, en même temps que le paquet intestinal, une collerette cutanée. On achève ensuite les incisions habituelles et on examine les viscères.

Posant une ligature sur l'intestin grêle, au-dessous de l'abouchement jéjuno-pariétal, on enlève d'un bloc l'estomac, le pancréas, le duodénum et le foie. Au moment de mettre une ligature sur le cardia, on constate qu'au niveau de l'orifice œsophagien du diaphragme, un volumineux ganglion, gros comme une amande, comprime fortement l'œsophage. Celui-ci est, d'ailleurs, sain dans toute son étendue, ainsi que le pharynx.

L'estomac n'est pas dilaté. La plus grande partie de sa face antérieure

est adhérente à la face inférieure du foie. De nombreux ganglions néoplasiques sont échelonnés le long de la petite courbure. Le néoplasme a débuté par la grande courbure et a gagné la face antérieure. Mais la face postérieure est également atteinte : elle est intimement fusionnée avec le pancréas, et celui-ci est envahi par la dégénérescence épithéliale.

Les autres viscères sont normaux. Le cœur est, à la coupe, de couleur feuille morte.

Examen de la bouche jéjunale. — La bouche est très nettement établie. Les sutures sont en très bon état. La perméabilité des deux bouts de l'intestin est conservée. Pas de dilatation du bout supérieur ni du bout inférieur.

La jéjunostomie — opération palliative le plus ordinairement, mais qui parfois a été réellement curative — fut, on peut le dire, réellement *inventée* par Surmay (de Ham) en 1878. Ce chirurgien français donna très rigoureusement le plan de l'opération qu'il proposait et qu'il exécuta la même année.

Cette opération consistait à ouvrir l'abdomen par une incision verticale (probablement médiane) dont le milieu répondait à l'extrémité antérieure de la 9e côte. Puis on relève l'épiploon, le côlon transverse et arrive au côté gauche de la colonne vertébrale, pour trouver le jéjunum; celui-ci est alors amené à la plaie cutanée et on l'y fixe par des points de suture à anses parallèles aux lèvres de la plaie abdominale et au nombre de trois pour chaque lèvre de l'incision.

Pour faciliter cette manœuvre, l'intestin fut fixé en bas de la plaie abdominale, par un fil pénétrant la paroi d'un côté, l'intestin et la paroi du côté opposé. En même temps, la plaie abdominale fut suturée dans toute sa partie supérieure.

L'intestin ainsi fixé, on l'incise sur une longueur de deux centimètres.

Surmay fit donc une *jéjunostomie latérale* en *un seul temps*. Malheureusement l'opérée mourut trente heures après l'intervention (1).

En 1883, G.-J. Roberston (de Oldham) (2) fit la seconde jéjunostomie latérale du reste sans ouverture de l'intestin, car l'opéré succomba huit heures après l'intervention, avant qu'on ne procédât au deuxième temps, soit l'ouverture de l'intestin.

Son *modus faciendi* se rapproche quelque peu de celui de

(1) Surmay. De l'entérostomie, *Bull. Génér. de Thérap.*, t. XCIV, p. 445-455, Paris, 1878. — Observation d'entérostomie, in *Ibid.*, t. XCV, p. 198-208, Paris 1878.

(2) Roberston (G.-J.). A case of firous stricture of the pylorus; enterostomy; beath, *British medical Journ.*, London, 1885, vol. I, p. 376-377.

Surmay, toutefois les manœuvres opératoires furent faites en partie hors de la cavité abdominale :

L'incision, longue de deux pouces, fut faite sous-ombilicale et probablement médiane. Recherche du jéjunum par un procédé très médiocre, avec le déroulement de l'intestin. Le jéjunum, trouvé et placé en travers de l'ouverture de l'abdomen, est attiré hors du ventre. Huit sutures sous-péritonéales, longues d'un demi-pouce, furent placées de façon à circonscrire du côté du bord convexe, c'est-à-dire opposé au bord mésentérique, un espace octogonal de trois quarts de pouce d'étendue. Une suture fut ainsi placée au centre de cet espace pour servir de guide pour le deuxième temps opératoire, c'est-à-dire l'ouverture de l'intestin.

Les fils à suture placés sur l'intestin étaient de fines soies munies, à leurs deux extrémités, d'une aiguille droite.

L'intestin replacé dans l'abdomen, les aiguilles furent introduites d'abord dans le péritoine pariétal, aux points correspondant aux extrémités des points intestinaux, puis dans la paroi musculaire et arrivaient jusque sous la peau.

Par une douce traction sur les extrémités libres des sutures, l'intestin jéjunum fut amené en contact intime avec la paroi abdominale. Les sutures furent liées. Pansement habituel de la plaie. Comme je l'ai déjà dit : la mort rapide de l'opéré ne permit pas de faire le deuxième temps projeté, c'est-à-dire l'ouverture de l'intestin.

Le 27 novembre 1885, Golding-Bird (C. H.) communiqua à la Clinical Society of London, une nouvelle observation de jéjunostomie (1).

Il s'agissait d'un homme atteint de tumeur pylorique, auquel on pratiqua une incision exploratrice, le 25 octobre 1885. En présence d'une impossibilité opératoire, on fit la jéjunostomie.

Golding-Bird attira — avec une pince à langue — le jéjunum à deux pouces du duodénum et le fixa à la partie inférieure et droite de la plaie exploratrice de la paroi abdominale, par des sutures interrompues.

Au troisième jour, on ouvrit l'intestin et on put alimenter par la fistule. On donna 10 onces de nourriture par repas; une plus grande quantité n'était pas supportée (indigestion).

Le dixième jour, les substances alimentaires injectées pénétrèrent par erreur dans le péritoine; mort en douze heures.

Ici donc, on fit la jéjunostomie latérale en deux temps. A noter que Golding-Bird observe que la quantité d'aliments liquides à

(1) C. H. Golding-Bird. Jejunostomy, *British med. Journal*, vol. II, p. 1063. *Clinical Society of London*, novembre, 27 th., 1885. London, 1885.

introduire dans la fistule ne peut dépasser 10 onces par repas; sinon surviennent des accidents d'indigestion.

Pearce Gould, dans la discussion qui suivit la communication de Golding-Bird à la Clinical Society of London (1), fait mention d'un cas de cancer pylorique très avancé, auquel, en septembre dernier (1885), il pratiqua la jéjunostomie — probablement latérale et en deux temps — mais le patient mourut deux jours et demi après l'intervention.

En fait, ce cas est incomplètement relaté.

En Allemagne, C. Maydl publia un procédé de jéjunostomie latérale, très analogue à celui de Surmay, dont il critique, à juste titre, la manière de rechercher le bout initial du jéjunum. Voici ce que propose Maydl dans le premier travail publié à Vienne en 1887 (2).

Incision horizontale à gauche, du bord latéral du muscle droit jusqu'à l'arc costal gauche. Section de la double couche musculaire, du fascia transversalis et du péritoine. On attire en haut et en dehors l'épiploon et l'arc du côlon, et en bas et en dedans l'intestin grêle. On découvre *de visu* et *tactu* le bout initial du jéjunum et ses rapports anatomiques. L'endroit à suturer à la paroi doit être à 20 centimètres de cette origine. Avant, on remet l'épiploon en place afin que des parties de ce dernier ne se « promènent pas sur l'anse suturée. »

L'implantation de l'anse intestinale en dehors du bord épiploïque gauche et dans une incision au niveau de l'ombilic, empêche que le côlon transverse fixé au méso-côlon transverse ne pèse sur l'anse implantée et ne l'infléchisse.

Une surface du jéjunum de l'étendue d'un kreutzer est fixée par des sutures interrompues très fines à la séreuse pariétale; pour que les sutures tiennent mieux, on peut suturer aussi le fascia transversalis. Le reste de la plaie abdominale est suturé sans drainage pour éviter l'infection d'origine extérieure et une erreur pour l'ingestion ultérieure des aliments liquides.

S'il est possible d'attendre, on ouvre l'intestin au thermo après quatre ou cinq jours, en ayant alors soin de marquer l'endroit où doit être faite la fistule par 2 à 3 sutures en soie et de rendre cet endroit accessible en attachant un rouleau de gaze antiseptique dans la plaie et à l'aide des sutures. Grâce à ces précautions, la plaie ne bourgeonne pas trop et l'intestin reste facile à découvrir.

(1) Pearce Gould. Jejunostomy, *British med. Journ.*, vol. II, p. 1064, december 5 th., London 1885; *Clinical Society of London*, novemb. 27 th. 1885.

(2) C. Maydl. Ueber Jejunostomie oder die Anlage einer Ernährungs fistel bei radical inoperabler Pylorusenge, *Medic. Jahrbu.*, Wien, 1887, N. F., II, p. 539-587,

Telle est la façon de pratiquer la jéjunostomie latérale et en deux temps.

Au cas où on ne peut attendre, l'état du malade ne le permettant pas, on ouvre de suite l'intestin en faisant une petite ouverture avec le thermo et badigeonnant antérieurement la plaie avec du collodion iodoformé — précaution bien inutile selon nous —. On place un très petit drain dans la fistule pour éviter l'écoulement des liquides ou le prolapsus de la muqueuse de l'intestin.

Ici donc, la jéjunostomie latérale est faite en un seul temps.

Maydl indique les précautions à prendre pour alimenter les malades, et surtout insiste pour leur donner des aliments liquides avec des peptones. Du reste, malgré ces recommandations assez sages, il conseille le port d'un appareil en T complexe et qui, d'ailleurs, ne pourrait être qu'insupportable et nuisible.

Dans son observation, il n'eut qu'à utiliser une pelote d'ouate pour fermer la fistule, et son malade vécut sept semaines après l'opération.

Deux jéjunostomies latérales furent encore faites par Albert (de Vienne), à sa clinique en 1888 (1). Dans un cas, il y eut une survie de quatre semaines ; dans l'autre cas, la mort survint au quatrième jour, de pneumonie. Du reste, aucun détail opératoire sur ces 2 cas.

Sous le titre d'entérostomie, Montaz (de Grenoble) publia, en 1894, un fait nouveau de jéjunostomie latérale (2).

Il fit une incision abdominale médiane, releva l'épiploon et le côlon transverse, repoussa en bas et en dedans l'intestin grêle pour arriver à l'origine du jéjunum.

L'intestin fut amené dans la plaie abdominale, au-dessus de l'ombilic dans l'espèce. Cette plaie fut rétrécie par en haut et la fixation du jéjunum à la paroi fut faite d'après la méthode que j'ai décrite pour pratiquer la gastrostomie :

a) Sutures des tuniques externes de l'intestin à la paroi péritonéo-musculo-aponévrotique.

b) Petite ouverture de l'intestin et fixation à la peau des lèvres de l'incision jéjunale.

En résumé, Montaz opéra comme Surmay, en un seul temps, et utilisa pour la suture mon procédé de gastrostomie. Fait à signaler, c'est que Montaz attribue à Albert (de Vienne), cette opération, alors qu'elle appartenait à Surmay (de Ham), et qu'il

(1) E. Albert. Eine neue Methode der Jejunostomie, *Wiener med. Wochensch.*, 1894, t. XLIV, n° 2, p. 57-59.

(2) Montaz. Entérostomie pour cancer de l'estomac, *Dauphiné médical*, 4 avril 1894 et *Archives provinciales de Chirurgie*, Paris, 1894, p. 475.

se crut le premier opérateur français ayant fait la jéjunostomie, alors que c'est encore Surmay qu'il faut citer ici.

Le même procédé de jéjunostomie fut encore utilisé dans cinq cas par E. Hahn, en 1894 (1), qui croit que la première jéjunostomie chez l'homme a été faite par Golding-Bird, en 1885. Or, chose curieuse, c'est qu'il connaît le premier travail de Surmay, mais il paraît ignorer son opération.

Au point de vue technique, E. Hahn n'a pas modifié grand chose des procédés qui précèdent.

Il conseille une assez large ouverture de l'abdomen, pour découvrir plus facilement le jéjunum; cette ouverture est ensuite diminuée. Elle est médiane et placée entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. La séreuse de l'anse jéjunale est réunie ensuite aux bords de la plaie abdominale, recouverte de la séreuse péritonéale par de nombreux points de suture.

S'il est possible, on attend quelques jours pour ouvrir l'intestin; sinon, on ouvre immédiatement ou après vingt-quatre heures : l'intestin est alors saisi par deux crochets, incisé, et on ajoute encore des sutures en grand nombre qui, d'un côté, traversent la muqueuse et la séreuse de l'intestin incisé, et, de l'autre côté, perforent les bords de la plaie cutanée, recouverte de péritoine. Cela, probablement, pour obtenir des adhérences plus étendues et plus solides.

Signalons encore les deux opérations faites par notre collègue J.-J. Peyrot, indiquées dans la thèse de notre élève Emile Verdin (2).

Dans la première (7 janvier 1888), il fit une incision médiane, fixa le jéjunum dans la plaie et le ponctionna pour y placer une petite sonde de Nélaton. — Mort après trois à quatre jours.

Dans la seconde (10 juillet 1896), il pratiqua la laparotomie médiane, s'assura que la lésion gastro-œsophagienne était inopérable et fit la jéjunostomie. L'intestin jéjunum fut saisi à environ 25 ou 30 centimètres de son origine, ce qui fut difficile par suite de la petitesse de la plaie abdominale, plaie que, d'ailleurs, on eût pu agrandir.

Le jéjunum fut fixé à la paroi par sept à huit points séro-séreux, en maintenant au dehors une petite portion ampullaire pour y faire une ponction.

Suture des muscles de la paroi à la soie. Après ponction de la partie ampullaire avec un fin bistouri, on place dans l'ouverture

(1) E. Hahn. Ueber jejunostomie, *Deutsche medecinische Wochenschrift*, Leipz. und Berlin, t. XX, n° 27, p. 557-568.

(2) Emile Verdin. Duodénostomie et jéjunostomie, *Thèse de doctorat*, Paris, 1898, p. 117-120.

une sonde n° 12, qui pénètre dans l'intestin dans une étendue de 15 centimètres; cette sonde est fixée à la peau par un crin de Florence; le reste de la plaie cutanée est réuni par des crins de Florence.

L'alimentation, par petits repas répétés, se fait bien de suite; toutefois, la mort survient par épuisement au treizième jour après l'opération.

A l'autopsie, l'on constate une union parfaite de l'anse avec la paroi.

En résumé, toutes les opérations que je viens de signaler dérivent d'un même type opératoire : c'est le type imaginé par notre compatriote Surmay (de Ham); ses principaux temps peuvent se résumer en quelques propositions simples :

1° Laparotomie ou mieux cœliotomie, le plus souvent médiane et sus-ombilicale, exceptionnellement latérale gauche ou transversale.

2° Constatation des lésions et de la nécessité de ne pouvoir faire que la jéjunostomie.

3° Recherche de l'anse jéjunale la plus rapprochée du duodénum ; le procédé utilisé dans la gastro-entérostomie est le plus simple.

4° A 10, 15 et même 20 centimètres de l'origine du jéjunum, fixer l'anse intestinale à la paroi abdominale à l'aide de points de suture, unissant la paroi convexe de l'anse jéjunale choisie, avec les bords séreux de la plaie abdominale. Ce mode de suture, ou plutôt de fixation, a quelque peu varié; le meilleur procédé nous paraît être celui qui, disposant l'anse jéjunale en travers de la plaie du ventre, unit la musculo-séreuse intestinale avec la fibro-séreuse de la paroi par une couronne de sutures.

5° L'opération se fait en un ou deux temps, selon l'état du malade.

Si l'opération est faite en un temps, la paroi intestinale fixée est ouverte de suite et quelques-uns ont placé une petite sonde dans cette ouverture.

L'opération est-elle faite en deux temps, cela permet d'attendre une fixation plus solide de l'intestin à la paroi. Cette ouverture peut, selon les cas, être retardée de huit à dix jours et plus.

6° Quand on opère en deux temps, il est bon de repérer la portion d'intestin qui doit être ouverte par un ou deux fils pénétrant en anse dans la séro-musculaire du jéjunum.

7° L'ouverture de l'intestin doit être faite de préférence au thermo-cautère, mais il est très important qu'elle soit petite.

Si, en effet, on a reproché au mode opératoire que je viens d'étudier, une insuffisance d'occlusion de la fistule et l'issue pos-

sible des sécrétions intestinales et des aliments liquides injectés, c'est que très souvent l'ouverture faite à l'intestin était trop grande, ou bien encore cela tenait à ce qu'on avait placé une sonde à demeure dans le trajet fistuleux, ce qui le dilate fatalement.

8° L'alimentation par la fistule doit être faite d'abord avec des aliments liquides et très surveillée.

Dans ce but, nous préférons l'ingestion assez fréquente et en petite quantité, pour éviter le reflux des aliments par la fistule et les troubles digestifs.

Telle que nous venons de la décrire, l'opération de la jéjunostomie se rapproche singulièrement de celle de la gastrostomie, et l'on sait combien, dans cette dernière, il est utile de pratiquer une très petite ouverture de la paroi gastrique pour obtenir une fistule continente.

Malheureusement, les lésions étendues qui nécessitent ou permettent de pratiquer la jéjunostomie sont toujours fort graves et entraînent généralement la mort dans un bref délai, d'autant que, jusqu'ici, les déterminations prises par les chirurgiens ont été fort tardives. De là une insuffisance dans les renseignements sur la marche ultérieure de la fistule et son utilité réelle en tant que bouche intestinale durable.

N'ayant expérimenté que la méthode que l'on pourrait qualifier de *méthode de Surmay*, je ne dirai rien ici des autres méthodes dues à Maydl (1892), à Albert (1894), à B. Freiher von Eiselsberg (1895-1897), ne pouvant les apprécier personnellement. Toutefois, elles me semblent un peu complexes et d'une exécution plus difficile (1).

M. Le Dentu. Je suis dans d'excellentes conditions pour aider à la réhabilitation historique entreprise par M. Terrier. Le malade a été opéré dans mon service à Saint-Antoine, c'est donc comme témoin oculaire que j'apporte ici mon hommage à la mémoire de Surmay. L'opération avait été bien conduite, peut-être avec un peu d'hésitation, qui se comprend si on se rapporte à l'époque de l'opération, époque à laquelle nous n'étions pas encore habitués comme aujourd'hui à la recherche de la première portion de l'intestin. Surmay, si je m'en souviens bien, avait fait une incision oblique comme pour une gastrotomie: le malade, cachectique, a succombé assez vite. Une autre fois, j'ai fait une jéju-

(1) Maydl, *Wiener med. Wochensch.*, 1892, nos 18, 19, 20, p. 698 et 782. — Albert, *Ibid.*, 1894, n° 2, p. 57-59. — A. Freiher von Eiselsberg, *Arch. f. klin. Chirurgie;* Berlin, 1895, t. L, p. 932-939 et *Berliner klin. Wochensch.*, n° 2, t. XXXIV, p. 33, 1897.

nostomie dont les circonstances particulières m'ont forcé à faire une opération mal réglée que je pourrais presque appeler jéjunostomie atypique.

C'était une femme très cachectique que j'opérai à Necker pour un cancer de l'estomac. Je fis l'incision sur la ligne médiane : cette incision me mena sur une cavité formée par l'estomac adhérent et perforé qui laissait écouler son contenu. Il n'y avait plus de paroi stomacale pour ainsi dire. Je fixai l'estomac avec l'épiploon tant bien que mal à la paroi, tâchant d'isoler l'orifice stomacal. Ceci fait, je pris l'anse intestinale la plus rapprochée du duodénum et la fixai avec soin à la paroi. J'en fis l'ouverture, la malade mourut au bout de quatre ou cinq jours sans infection. Je crois que l'incision médiane est indiquée pour cette opération, cette incision facilitant les manœuvres et permettant mieux que toutes autres de bien voir ce que l'on fait. Elle permet de plus de fixer l'intestin en travers et facilite la formation d'un éperon. Quant à l'incision en deux temps, quand le malade n'est pas trop cachectique et qu'on a le temps, je la crois préférable à l'ouverture primitive dans l'intestin.

M. Peyrot. Je voudrais, puisque M. Le Dentu est là, rappeler certains souvenirs. Je me trouvais, voilà dix ans, en présence d'un malade atteint d'un cancer de l'estomac. Ne voulant pas le laisser mourir de faim et ayant lu le mémoire de Surmay, je résolus de lui faire une jéjunostomie; j'appelai M. Le Dentu en consultation auprès de ce malade et j'opérai d'après la méthode de Surmay : le malade mourait quelques jours après d'accidents hépatiques dus à la propagation de son cancer.

Chez un deuxième malade, je fis encore la jéjunostomie, qui me fut d'ailleurs plus facile étant devenu plus expert par le fait de la gastro-entérostomie dans la recherche du jéjunum. Chez ce malade je fis une ouverture stomacale petite et introduisis une sonde à demeure. Ce malade, par exception, je le reconnais, s'est assez bien nourri, pourtant il mourait encore quinze jours après. L'intervention n'avait pas hâté sa fin. Je ferai simplement la remarque qu'il y a des jéjunums qui semblent mieux retenir que d'autres les aliments qu'on y a introduits.

De ce malade qui gardait ce qu'on lui donnait, je pourrais en effet rapprocher un autre qui avait une bouche jéjunale accidentelle et qui ne tolérait rien de ce qu'on lui donnait et serait mort d'inanition sans les soins qu'on lui prodigua. D'ailleurs M. Guinard pourra mieux que moi vous renseigner sur ce malade qu'il a suivi dans mon service.

M. Guinard. — J'apporterai au commencement de la prochaine séance une observation qui vient à l'appui de quelques-unes des particularités sur lesquelles vient d'insister M. Terrier. Il s'agissait d'une malade très pusillanime qui avait en ville refusé toute opération pour une hernie crurale étranglée. Quand elle fut amenée à Lariboisière dans le service de M. Peyrot, elle était mourante, et il s'établit un anus artificiel qui siégeait sur le jéjunum très près du duodénum. La bile sortait incessamment ainsi que les liquides ingérés. Mais je veux insister surtout sur le fait suivant : quand on voulait injecter du lait par le bout inférieur, on le voyait aussitôt refluer au-dehors. Il fallait attendre quelques minutes avant de pouvoir en injecter une nouvelle dose. Notre interne, Pissavy, avec un dévouement extraordinaire, s'acharna à faire, plusieurs fois par jour, des injections de lait dans le bout inférieur et nous vîmes la malade reprendre ses forces très rapidement. Au bout de quelques jours, l'état général était excellent et nous nous disposions à fermer la fistule jéjunale, lorsque la malade — toujours pusillanime — partit d'autorité chez elle, où elle mourut d'inanition en quarante-huit heures. Tout cela, comme on le verra dans l'observation, montre que l'intestin est divisé en segments qui sont absolument séparés les uns des autres par de véritables sphincters, on pourrait comparer le fonctionnement de ces segments au block system des chemins de fer. Un des segments ne s'ouvre que lorsque le suivant est vide. C'est une particularité intéressante à connaître quand on veut nourrir un malade par une bouche jéjunale.

M. Terrier. — Cette observation me rappelle une observation publiée avec Périer à l'Académie de médecine. Il s'agissait d'un étudiant en médecine qui avait reçu un coup de feu au niveau de l'estomac. Ce coup de feu avait ouvert l'estomac et le duodénum. Le père, médecin, avait paré aux premiers accidents, mais il s'était établi une fistule duodénale avec fistule stomacale. Par cette fistule, le père essaya de nourrir son enfant avec un dévouement admirable, mais pour que le jéjunum acceptât les aliments, il fallait que le père recueillît le liquide stomacal qui s'écoulait, le mît dans un bol au bain-marie avec de la viande, et c'était le produit de cette digestion artificielle qu'il injectait dans l'intestin. Grâce à cette alimentation, l'enfant vécut et nous pûmes dans la suite, les forces étant revenues, obtenir la fermeture de cette fistule intestinale et stomacale. Cet étudiant est actuellement docteur et exerce. Chez ce malade, on ne pouvait injecter du liquide qu'en petite quantité à la fois, comme le faisait remarquer M. Guinard; il semblait qu'il existât, en effet, comme une

sorte de block system qui ne permettait à une dose d'aliments de s'introduire, que quand la précédente avait passé. Si pour les cancéreux, souvent très cachectiques, qu'on nous passe, les résultats ne sont pas satisfaisants, cependant on voit que pour cette lésion traumatique, on a pu, par le jéjunum, arriver à faire l'alimentation complète et à guérir le malade.

Présentations de malades.

M. Motais (d'Angers), présente une opérée de ptosis total de la paupière supérieure gauche avec relèvement normal de la paupière et mouvements physiologiques obtenus par son seul procédé de suppléance du muscle droit supérieur, sans combinaison de résection.

M. Tuffier présente une jeune fille de vingt-deux ans qui a subi, le 5 juillet dernier, une *gastro-entérostomie pour borborygmes* intenses et douloureux qu'aucun traitement médical n'était parvenu à supprimer ou même à atténuer.

Ces borborygmes étaient survenus sans cause appréciable, il y a neuf ans, n'apparaissant d'abord qu'à des intervalles éloignés, mais devenus, dans ces dernières années, continuels et excessivement violents. La nuit même, ils torturaient la malade qui, perdant le sommeil et n'osant plus manger — car l'ingestion d'aliments augmentait ses souffrances — se mit à maigrir rapidement et à s'affaiblir, au point de ne plus pouvoir travailler (elle était femme de chambre). Jamais de vomissements cependant. Désespérée de se voir sans travail, de souffrir et de ne pouvoir manger, *après avoir essayé toutes les médications possibles*, la malade vint nous trouver, décidée au suicide si nous refusions de l'opérer. Au moment où nous la voyons, les borborygmes sont tellement intenses qu'on les entend d'un bout à l'autre de notre salle des femmes; ils semblent se passer dans l'estomac, qui est fortement dilaté. Pensant que cette dilatation est peut-être due à une légère sténose pylorique, nous voulons tenter au moins une laparotomie exploratrice.

L'opération est pratiquée le 5 juillet 1898. Nous tombons sur un estomac fortement dilaté, dont la région pylorique présente des brides qui la fixent à la face inférieure du foie; l'une de ces brides est particulièrement longue. La première partie du duodénum est rétrécie par des adhérences qui le fixent fortement à la face inférieure de la vésicule biliaire. Nous faisons une *gastro-entérostomie postérieure*. Suites opératoires excellentes. Sortie au bout de seize jours. Après huit jours passés à l'asile du Vésinet, la malade se rend à la campagne, d'où elle est revenue ces jours-ci pour reprendre du travail à Paris. — Vous voyez dans quel état de santé elle se présente. Elle a augmenté de 7 kilogrammes.

L'appétit est excellent, les digestions bonnes; les borborygmes douloureux ont complètement disparu.

M. PEYROT. — Je crois que ce serait s'engager un peu témérairement que de conclure d'un seul fait que les borborygmes sont dus à un rétrécissement pylorique susceptible d'une intervention.

M. TERRIER. — Je ne vois pas du tout la nécessité de faire la gastro-entérostomie dans un cas pareil. Il suffisait de détruire les adhérences et il n'y avait pas lieu de supposer, comme semble l'avoir fait M. Tuffier, que ces adhérences dussent fatalement se reproduire. Pour cela, il faut qu'il y ait infection. Elles ne se reproduisent pas dans le cas contraire.

M. TUFFIER. — C'est parce que j'ai trouvé, après la section des adhérences, une surface trop large cruentée, que j'ai craint que la péritonisation de cette surface ne se fasse pas suffisamment; je connais en effet les faits de M. Terrier, mais ce n'est seulement que pendant l'opération qu'on peut véritablement se rendre compte du plus ou moins d'opportunité d'une intervention, plus difficile à juger après coup.

Présentation de pièces.

Ostéomes musculaires.

M. NIMIER. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie deux ostéomes musculaires.

L'un m'a été confié par mon ami le médecin major Frilet, qui l'a enlevé du moyen adducteur d'un cavalier. Il est remarquable par sa forme, qui rappelle assez bien celle d'un bonnet de police, et ses dimensions : il mesure 9 centimètres de long, 5 de large et une épaisseur maxima de 25 millimètres. Sur l'une de ses faces l'on voit un sillon qui a dû être creusé par les vaisseaux fémoraux.

Le second ostéome a été enlevé du moyen adducteur d'un malade de mon service, par mon collègue M. Loison. Il comporte deux parties.

L'une, logée dans l'extrémité supérieure du muscle, à quelque distance de son insertion, n'adhérait pas au pubis. Elle est longue de 4 centimètres, vaguement cylindrique, incurvée sur elle-même ; elle donne implantation à deux apophyses osseuses, grêles et longues (2 centimètres et 1 cent. 2). Le tout était noyé dans le tissu musculaire.

La seconde partie de cet ostéome occupait la moitié inférieure du muscle ; sa forme rappelle celle du vomer; elle est longue de

7 cent. 5, large de 3 cent. 5, avec une épaisseur maxima de 3 centimètres. Sur toute sa surface, elle donnait insertion à des fibres musculaires et par l'un de ses bords elle était reliée à la ligne âpre par l'aponévrose d'insertion non ossifiée de l'adducteur.

Comme le premier ostéome, cette dernière pièce est intéressante à étudier, sur une coupe médiane parallèle à ses faces. On reconnaît alors que ces ostéomes peuvent être comparés à une pince de homard, c'est-à-dire que le premier, déjà sec, est constitué par une coque osseuse, épaisse, circonscrivant une grande cavité assez régulière, remplie en partie par une substance noire, dure, cornée. Dans l'ostéome frais, cette substance est représentée par une membrane rosée, épaisse, résistante, adhérente à la coque osseuse et entourant une cavité d'où s'est échappé un peu de de liquide louche.

Je me réserve d'étudier plus complètement ces pièces avant d'en donner les déductions qu'elles me paraissent fournir au point de vue de la pathogénie des ostéomes musculaires.

Cancer de l'estomac. Gastro-entérostomie antérieure et entéro-anastomose complémentaire par le Bouton de l'auteur. Guérison. Survie de huit mois. Présentation des pièces, par M. le Dr CHAPUT. —

(Observation recueillie par M. GRISELLE, interne du service.)

Antoine T..., soixante ans, peintre en bâtiments. Pas d'antécédents cancéreux héréditaires ni collatéraux.

A l'âge de vingt-six ans, il eut une ulcération à la face inférieure de la pointe de la langue. Cette ulcération dura deux ans avec des alternatives de guérison et de récidives. Soigné à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, on se contenta de lui faire des cautérisations au nitrate d'argent, sans lui faire subir aucun traitement général.

A cette époque, dit-il, ses ganglions sous-maxillaires gauches étaient engorgés, indurés et peu douloureux, mais cette tuméfaction diminua ensuite très notablement.

Le malade n'a jamais présenté d'autres symptômes de syphilis, et, jusqu'à cette année, sa santé était très bonne.

Il y a dix mois, le malade ressentit des douleurs au creux épigastrique avec des troubles digestifs légers et intermittents. Pas d'anorexie. Le malade continua à manger comme d'habitude, et c'est à peine si l'on peut citer, à de très longs intervalles, quelques vomissements. Pas de diarrhée ni de constipation.

Depuis deux mois, le malade a été obligé de cesser toute nourriture à cause de ses vomissements incessants. Il vint alors à l'hôpital Tenon, dans un service où on le mit au régime lacté. Au bout de huit jours, il rentra chez lui, et continua le même régime.

Il entra ensuite le 9 février 1898, dans le service du Dr Chaput. On le mit d'abord au régime commun; il n'eut pas de vomissements, mais ses digestions furent très pénibles; on le mit alors au lait; il n'eut pas de vomissements, mais il présenta une constipation rebelle et intense avec des selles tous les quatre jours.

Examen. — Le creux épigastrique, peu douloureux, est le siège d'un large placard induré, dont le bord supérieur est situé à trois travers de doigt de la pointe de la xiphoïde; il s'étend en bas jusqu'à l'ombilic; il déborde la ligne médiane de 1 centimètre à droite et de quatre travers de doigt à gauche.

Cette tumeur est un peu sensible au toucher. Elle est mate à la percussion. Elle se déplace selon l'état de réplétion ou de déplétion de l'estomac. Elle est peu mobile latéralement et dans le sens vertical. Clapotement stomacal.

Il existe une adénopathie du triangle sus-claviculaire et dans l'aisselle. Les ganglions sous-maxillaires gauches sont aussi volumineux et durs.

Quoique le malade ait notablement maigri, son état général est relativement satisfaisant. Les téguments sont décolorés, mais ce n'est pas encore la teinte cachectique cancéreuse.

Tous les appareils sont en bon état; pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Opération le 11 février 1898. — Chloroforme. Laparotomie médiane. L'estomac est peu dilaté. La face postérieure de l'organe est occupée dans une grande étendue par une grosse tumeur cancéreuse. Il existe un semis cancéreux sur l'épiploon gastro-hépatique et le grand épiploon. On trouve de petits ganglions cancéreux de la petite courbure.

J'exécute une *gastro-entérostomie antérieure* avec mon bouton n° 5. Je pince un pli de l'estomac avec une pince à pression douce pour la coprostase. L'estomac est incisé sur une longueur de 5 centimètres. Une suture en bourse est placée sur cet orifice, à la soie moyenne. Je serre la suture sur le bouton. Coprostase sur la première anse grêle; incision de cette anse, suture en bourse; l'orifice est amené sur le bouton, et la suture en bourse est serrée. Quelques sutures séro-séreuses complémentaires sont placées en avant pour remédier à une coaptation un peu défectueuse de la muqueuse,qui déborde un peu les bords du bouton.

J'exécute ensuite une entéro-anastomose complémentaire sur les deux bouts de l'anse stomacale, avec le bouton n° 1 (après coprostase). Pas de sutures complémentaires.

Pendant dix jours, le malade est mis au régime des liquides. Il reprend ensuite progressivement le régime commun.

La guérison s'effectue par première intention, sans aucun accident septique ou autre.

Au quinzième jour, le bouton n° 1 sort par l'anus.

Le malade resta dans le service pendant plus de huit mois; jusqu'au dernier jour, il mangea des aliments solides et n'eut aucun vomissement.

On constata seulement une augmentation considérable de volume des ganglions sous-maxillaires.

La cicatrice abdominale est envahie après quelques mois par un prolongement de la tumeur stomacale.

Le malade meurt le 28 octobre 1898, d'épuisement.

A l'autopsie, on constate une dégénérescence cancéreuse des ganglions sous-maxillaires et sus-claviculaires.

Le foie présente un gros noyau cancéreux du volume d'une grosse noix.

Le péritoine est envahi dans toute son étendue par des adhérences et des granulations cancéreuses, miliaires, disséminées sur toutes les anses et sur le péritoine pariétal.

Au niveau de l'estomac, on constate la présence d'une énorme masse cancéreuse, mesurant 12 à 15 centimètres de longueur sur 8 à 10 de hauteur. Après ouverture de l'estomac, on constate que les parois stomacales mesurent 1 cent 1/2 ou 2 centimètres d'épaisseur.

La muqueuse est ulcérée au niveau du néoplasme, et on constate à ce niveau des bourgeons cancéreux recouverts de sanie purulente.

La tumeur cancéreuse s'étend jusqu'au bord droit de l'orifice gastro-intestinal, qui se trouve un peu épaissi.

Le bouton stomacal repose au-dessus de l'orifice; il est noirci par les liquides stomacaux et porte encore les soies des sutures en bourse.

L'orifice stomacal reçoit facilement deux doigts, ses bords sont minces et souples, sauf au niveau du bord droit tangent au néoplasme.

L'entéro-anastomose complémentaire est constituée par un orifice très large, admettant facilement trois doigts.

Réflexions. — Remarquons d'abord la longue durée de la survie du malade, qui fut de huit mois. L'amélioration fonctionnelle fut considérable puisque le malade mangea jusqu'au dernier jour et n'eut pas de vomissements.

Le bouton a été très bien toléré pendant ces huit mois, et ce fait confirme une observation antérieure que j'ai communiquée à la Société en 1895.

L'orifice stomacal, quoique très large, était moins grand que le bouton n° 5, ce que j'attribue à l'infiltration qui avoisine ordinairement les bords des néoplasmes.

L'orifice de l'entéro-anastomose s'est montré, au contraire, plus large que le bouton employé.

J'attribue cette particularité à ceci, que, après la chute du bouton et des sutures en bourse, l'intestin, pelotonné par les sutures, revient à ses dimensions primitives, et l'orifice se trouve alors aussi étendu que les incisions qui ont servi à introduire le bouton.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1898

Présidence de M. Berger

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

M. Berger annonce que M. François Hue, professeur à l'École de Rouen, membre correspondant, assiste à la séance.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Hernie crurale étranglée. Gangrène et perforation de l'anse. Injections alimentaires dans le bout inférieur,

par M. le Dr A. GUINARD.

A propos de la communication de M. Terrier, je crois intéressant de communiquer cette observation, dont j'ai parlé de mémoire dans la dernière séance :

Le 28 novembre 1896, entrait à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Peyrot, une femme âgée de soixante-trois ans qui avait, depuis cinq jours, une hernie crurale étranglée. Le matin même de son entrée, elle avait subi une séance de taxis d'au moins une demi-heure; à son arrivée, nous constations, au niveau de la région crurale gauche, un commencement de phlegmon stercoral.

La kélotomie, que je pratiquai immédiatement, montra que les couches sous-cutanées étaient infiltrées de pus stercoral et que le sac contenait des liquides intestinaux. Il renfermait en outre une masse épiploïque gangrenée et une anse intestinale, dont les parois sphacélées présentaient plusieurs perforations. Après avoir excisé l'épiploon gangrené et réséqué l'intestin sur une longueur de 15 centimètres environ, j'établis un anus contre nature. Les deux bouts de l'intestin furent suturés à la paroi et réunis entre eux comme deux canons de fusil, à l'aide de quelques fils de soie. Un gros drain, introduit dans le bout supérieur, était destiné à conduire les matières hors du pansement. Un second drain placé dans le fond de la plaie opératoire assurait l'évacuation facile du pus. L'état de la malade était tellement grave qu'elle ne paraissait pas devoir survivre plus de quelques heures à l'opération.

Nous étions donc très surpris le lendemain matin de la trouver encore vivante et même améliorée. La langue restait toujours sèche, mais le pouls était moins rapide et plus fort. La respiration avait une fréquence normale et la malade paraissait moins déprimée. Elle pouvait prendre un peu de lait qui était bien toléré. La température restait à 38°,5, comme avant l'opération. — Des injections d'éther et de caféine furent ordonnées ainsi que deux grandes injections de sérum de 500 grammes chacune. Mais en changeant le pansement, nous constations qu'il était rempli de matières verdâtres paraissant constituées par de la bile à peu près pure. L'étranglement siégeait donc sur une anse très voisine du duodénum, et, bien que l'alimentation fût possible, la malade était destinée à mourir d'inanition faute d'une longueur suffisante d'intestin pour absorber ce qu'elle prenait. En réalité, j'avais établi, non pas un anus, mais bien une bouche jéjunale.

Le 1er décembre, en effet, elle commençait à s'affaiblir. Malgré les injections de sérum et de caféine continuées tous les jours, le pouls faiblissait, la respiration s'embarrassait et la malade tombait dans un état de somnolence dont on avait peine à la tirer. Les extrémités commençaient à se refroidir. La température du matin était de 37 degrés. C'est alors que, secondé par notre excellent interne Pissavy, nous avons pensé à utiliser, pour nourrir la malade, le bout inférieur de l'intestin grêle. Nous avons introduit, dans ce bout inférieur, une sonde molle par laquelle nous avons essayé de faire pénétrer du lait. Malheureusement, la plus grande partie ressortait presque aussitôt. M. Pissavy s'acharna, avec un dévouement véritable, à faire de nouvelles tentatives dans la journée mais il ne réussit pas mieux, et à 5 heures du soir la température tombait à 36 degrés. Après bien des tâtonnements, M. Pissavy arriva au résultat désiré par la manœuvre suivante : la sonde est retirée, puis réintroduite alternativement en laissant quelques minutes d'intervalle. Il réussit ainsi à faire pénétrer 700 grammes de lait. A la fin de l'opération, une certaine quantité de liquide tendant à ressortir, il appliqua sur l'anus artificiel, ou plutôt, sur la bouche jéjunale, un léger pansement compressif qui suffit à empêcher la sortie du liquide. Pendant que le lait pénétrait dans l'intestin, on apercevait, à travers la paroi

abdominale, les anses qui se distendaient peu à peu, tandis que la malade ressentait quelques coliques.

Le lendemain matin, 2 décembre, l'abattement était moins prononcé. La température remontait à la normale : elle y restait les jours suivants. Enfin le pouls était meilleur et la malade se sentait mieux. Ce jour-là deux injections purent être faites par M. Pissavy : l'une à 10 heures du matin, de 900 grammes environ : l'autre à 5 heures du soir, de 1 litre. Le matin, il avait d'abord éprouvé les mêmes difficultés que le jour précédent : le lait ressortait à mesure qu'il l'introduisait. Il put remédier à cet inconvénient en comprimant à l'aide d'un tampon l'orifice intestinal sur la sonde et en poussant l'injection avec une certaine force. Par la suite, grâce à cette simple manœuvre, il réussit presque toujours à faire pénétrer dans l'intestin la quantité de liquide qu'il désirait y introduire.

Le 3 décembre, nous faisons prendre deux lavements à la malade qui n'avait pas encore de selles par la voie rectale, depuis que nous avions commencé les injections de lait. Le premier lavement est resté sans effet. Le second, au contraire, a amené une véritable débâcle; il y a eu trois selles abondantes : la première constituée par des matières noires très dures, les suivantes par des matières molles de couleur blanc jaunâtre. Les jours suivants les garde-robes ont été assez régulières et constituées par des matières molles à peine colorées.

L'état de la malade s'améliorait si rapidement, que le 6 décembre nous pûmes décider que le lendemain nous l'endormirions pour procéder à l'occlusion de son anus artificiel. Malheureusement, effrayée par la perspective d'une opération, la malade quitta d'autorité l'hôpital le soir même avec des personnes qui étaient venues la voir.

Nous avons appris que la malade était morte d'inanition trois jours après avoir quitté l'hôpital. Cette terminaison démontre bien que l'alimentation par l'estomac seulement devait être insuffisante. Nous avons vu que le bout supérieur de l'intestin donnait issue à de la bile presque pure les premiers jours. Lorsque la malade a été assez forte pour ingérer une certaine quantité de lait, les matières issues du bout supérieur ont pris une coloration jaunâtre due sans doute au mélange du lait et de la bile.

Par le bout inférieur, il n'est jamais sorti de matières et nous avons vu, d'autre part, que quand le liquide injecté avait tendance à ressortir, une compression momentanée suffisait à l'en empêcher. Au bout d'un certain temps, une heure au plus, nous pouvions enlever le pansement compressif sans craindre de voir ressortir la moindre trace de liquide. Le lait était donc assez rapidement poussé loin de l'anus artificiel par les contractions péristaltiques.

Nous avions pensé, au début, que les difficultés que nous éprouvions à faire pénétrer le liquide étaient dues à des mouvements antipéristaltiques qui repoussaient le lait vers le nouvel anus. Mais

la tolérance que nous avons obtenue en forçant l'injection, nous montra que l'obstacle tenait à une autre cause. Ce qui le démontre bien, c'est qu'à plusieurs reprises, notamment le 1er décembre, M. Pissavy a pu injecter de grandes quantités de lait sans être obligé de comprimer l'orifice intestinal autour de la sonde, simplement en insistant patiemment.

En réalité, l'intestin n'est pas constamment libre sur toute son étendue. Il est formé de véritables segments clos qui s'ouvrent successivement les uns dans les autres. Un segment ne s'ouvre que lorsque le suivant s'est vidé en aval. Cela explique pourquoi le liquide injecté reflue rapidement au début de l'opération. On ne peut injecter une nouvelle dose que lorsque le premier segment rempli s'est vidé dans le suivant et ainsi de suite; on peut aussi arriver, en employant une vive pression, à forcer les sphincters qui ferment les segments intestinaux, comme l'a fait M. Pissavy. Cette observation vient, en somme, à l'appui de ce que disait M. Terrier dans la dernière séance, quand il signalait les difficultés qu'on peut avoir à nourrir un malade par la bouche artificielle après une jéjunostomie.

Communications.

Goitre exophtalmique et résection des grands sympathiques cervicaux.

par M. Ed. SCHWARTZ.

A propos de l'intéressant rapport que nous a fait notre collègue Gérard Marchant sur ce sujet, dans une de nos dernières séances, je tiens à vous communiquer les deux faits auxquels il a fait allusion et quelques réflexions sur la thérapeutique du goitre exophtalmique.

Les deux cas remontent, l'un à un an, l'autre à six mois. J'ai pu revoir mes opérées et puis vous donner de l'une d'elles des nouvelles toutes récentes.

Obs. I. — Jeune fille de vingt-trois ans, réglée à quatorze ans et demi; jusqu'à l'âge de six ans, bien portante relativement, nerveuse et lymphatique. Antécédents nerveux dans la famille. Début de la maladie, il y a six ans, à l'âge de dix-sept ans. On remarqua alors que ses yeux devenaient saillants, son regard bizarre, et même qu'elle était prise assez souvent d'accès de suffocation et de battements de cœur. Malgré plusieurs séjours dans des établissements d'hydrothérapie, des traite-

ments répétés, cet état empira; outre la tachycardie, l'exophtalmie et un goitre total, apparaissent des troubles digestifs graves, vomissements, gastralgies; elle eut, dit-on, de la fièvre; amaigrissement, pâleur, cachexie véritable avec tremblements et faiblesse telle, qu'elle pouvait à peine se tenir debout.

En somme, le premier signe semble avoir été l'exophtalmie; le goitre, les palpitations et le cortège de symptômes généraux paraissant s'être développés consécutivement.

Actuellement (octobre 1897), l'état général est plutôt amélioré; le teint est relativement coloré; l'appétit, quoique très capricieux, est un peu revenu, les crises gastralgiques ont disparu, mais l'exophtalmie augmente encore, le goitre reste stationnaire, les palpitations existent toujours avec un tremblement plus ou moins intense.

A l'examen, on constate que l'exophtalmie est un peu plus prononcée à droite qu'à gauche; la malade ne peut fermer les paupières à droite; à gauche, elle y arrive à peine; le goitre à droite est plus gros qu'à gauche; il est vasculaire et présente un frémissement très accentué des deux côtés, avec souffle dans les vaisseaux du cou. Le pouls bat de 144 à 150 fois à la minute; rarement, il est au-dessous de 140. Urines normales.

Comme tous les traitements médicaux ont échoué, que l'hydrothérapie, le traitement électrique n'ont donné que des résultats incomplets, nous pensons qu'une intervention chirurgicale est indiquée et nous proposons la résection bilatérale des deux grands sympathiques cervicaux. Cet avis est accepté par la famille et l'opération est pratiquée le 2 novembre 1897.

Éthérisation. Notre collègue et ami, le Dr Gérard Marchant, veut bien nous assister, ce dont nous le remercions bien sincèrement. On commence par le côté droit. Mise à nu du grand sympathique, après rejet, en dedans, d'une énorme jugulaire interne et de tout le paquet vasculaire. Conservation de la branche externe du spinal. Résection du tiers inférieur du ganglion cervical supérieur et d'un segment nerveux de 6 centimètres environ. Durée : vingt-cinq minutes.

On passe au côté gauche. Celui-ci est plus facile ; le nerf est rapidement trouvé; résection de l'extrémité inférieure du ganglion cervical supérieur et de 5 centimètres environ de nerf; le nerf spinal externe a été sectionné. Drainage des deux côtés. Durée : quinze minutes.

Presque immédiatement après la résection nerveuse, l'œil semble se rétracter des deux côtés et les paupières sont fermées tout à fait à gauche, incomplètement à droite.

Dès le soir, l'exophtalmie a beaucoup diminué des deux côtés, surtout à droite; les yeux peuvent se fermer sans difficulté.

L'état général est très bon; la tachycardie n'a commencé à s'atténuer que vers le quatrième, cinquième jour; le 8 novembre, le pouls est à 102.

Le goitre paraît rester stationnaire et durcir.

Guérison par première intention.

Lorsque, trois semaines après, la malade quitte la maison de santé,

son état général est très bon; elle a bon appétit, tremble très peu; l'exophtalmie a diminué, mais non disparu; le goitre est à peu près dans le même état; la tachycardie est très atténuée; pouls de 100 à 112.

Une fois rentrée chez elle, l'amélioration a continué progressivement, avec des hauts et des bas. J'ai revu la malade il y a deux mois, soit dix mois après l'opération. L'exophtalmie a diminué encore à gauche plus qu'à droite, de telle façon qu'elle est presque nulle de ce côté; le goitre a décidément diminué, surtout à gauche; il n'y a plus de tremblement; l'état général est très bon.

En somme, amélioration considérable, mais non pas guérison complète.

Obs. II. — Il s'agit d'une femme de trente et un ans, qui m'est adressée par mon excellent confrère, le docteur Salmon. Elle vient nous consulter à l'hôpital Cochin, en février 1898. Voici son histoire :

Parents bien portants; elle a été réglée à seize ans, irrégulièrement et peu abondamment; un accouchement à terme, il y a neuf ans et demi, dans de bonnes conditions. Bien portante en général.

Il y a quatre ans, elle commence à s'apercevoir que son cou augmente de volume et que ses yeux deviennent saillants; elle s'aperçoit aussi qu'elle est oppressée quand elle marche, qu'elle a des palpitations avec sentiment de constriction au niveau du cou. L'oppression augmente et se fait sentir surtout la nuit, alors que la malade est couchée; elle est accompagnée depuis un an de douleurs très violentes dans l'épaule et le bras gauche. Depuis quelques mois, elle ne dort plus, elle est réveillée par des accès d'oppression douloureuse, ressemblant à de l'angine de poitrine. Tremblements et faiblesse des deux membres inférieurs. Tachycardie et irrégularité des pulsations cardiaques. Tout son goitre présente un frémissement qui se propage le long des gros vaisseaux du cou en haut et en bas. Tour du cou, 40 centimètres. Cette malade ayant déjà été traitée de toutes les façons, nous pensons à une intervention chirurgicale, qui est proposée et acceptée.

Opération le 26 février 1898. Anesthésie au chloroforme. Difficulté très grande de la découverte du grand sympathique droit, collé contre la gaine vasculaire carotidienne dans un tissu rougeâtre et feutré non dissociable; on dirait que l'on opère sur un sujet injecté au chlorure de zinc. Résection de toute la moitié inférieure du ganglion cervical supérieur et de 5 centimètres du tronc sympathique. Les pulsations pendant l'anesthésie descendent à 98, alors qu'elles étaient à 124; elles remontent après à 120 et même 140. Pupille droite plus étroite qu'à gauche, rougeur de la face à droite.

Réunion avec drainage.

L'opération, d'un côté, ayant duré presque une heure, je remets à une autre séance l'intervention sur le côté gauche.

Réunion par première intention.

La malade quitte le service le 6 mars. On constate une diminution de l'exophtalmie; elle est moins souffrante la nuit et promet de revenir si le soulagement n'est pas suffisant.

Elle rentre, en effet, à l'hôpital le 8 juin 1898.

Les douleurs et l'oppression la nuit ont continué ; elle souffre des deux côtés et à l'épigastre. Par contre, le goitre a diminué surtout à droite, l'exophtalmie est presque nulle de ce côté ; la tachycardie est moins accentuée, le cœur ne bat plus que 100 à 110 à la minute. Le tremblement des mains et des pieds est presque nul.

Deuxième intervention le 23 juin. Chloroformisation. Incision comme les autres fois postérieure au sterno-mastoïdien gauche. Réclinaison du paquet vasculo-nerveux. Grandes difficultés, comme la précédente fois, pour trouver le nerf grand sympathique divisé ; plusieurs ramuscules parallèles aboutissent en haut au ganglion cervical supérieur et cela dans un tissu comme caverneux. Résection de la partie inférieure du ganglion cervical supérieur. Il est difficile d'affirmer qu'on a réséqué tout le grand sympathique à cause de cette division en plusieurs filets.

Réunion. Drainage.

Suites normales. Guérison opératoire au bout de 10 jours. A sa sortie, on constate une diminution très nette de l'exophtalmie à gauche ; le pouls est devenu régulier et presque normal ; il n'y a plus eu une crise d'oppression avec pseudo-angine la nuit depuis l'opération.

La malade a été revue fin juillet 1898. Son état général est excellent ; les crises douloureuses nocturnes ont complètement disparu. L'exophtalmie est presque nulle, le pouls est normal, le goitre a beaucoup diminué (3 centimètres en moins au niveau du tour de cou). En somme, guérison presque complète si ce n'est du côté du goitre.

Tels sont nos deux cas :

Quelques mots sur l'opération en elle-même, puis sur ses résultats. Au point de vue opératoire, le premier cas s'est présenté dans les conditions ordinaires : facilité assez grande de découvrir les grands sympathiques, par l'incision postérieure sterno-mastoïdienne ; importance de bien voir ses points de repère, jugulaire interne et pneumogastrique refoulés en dedans. Nous n'avons pratiqué qu'une résection partielle du ganglion cervical supérieur des deux côtés, et d'un tronçon de 5 à 6 centimètres au-dessous de lui. Quoi qu'on en dise, il n'est pas très simple et très aisé de réséquer la totalité du ganglion cervical supérieur : dans les cas de goitre exophtalmique, souvent on doit en laisser un fragment supérieur attenant à la partie la plus profonde de la région.

La recherche du nerf devient particulièrement difficile, quand on a affaire à des tissus caverneux difficiles à séparer, comme injectés, lorsque le grand sympathique se divise en plusieurs branches dont quelques-unes peuvent venir se coller contre la gaine vasculo-nerveuse, alors qu'il est impossible de bien disséquer et voir les aponévroses de la région. Cette difficulté a été tellement considérable dans mon second cas, que j'ai cru devoir

scinder l'intervention et couper chaque sympathique dans une séance. Chez ma première malade, je n'ai observé aucun accident du fait de la section de la branche externe du spinal, faite du côté gauche.

Au point de vue des résultats, mes deux opérées sont manifestement l'une améliorée, l'autre très améliorée. Comme notre collègue M. Gérard Marchant, j'insiste sur les changements immédiats, surtout du côté des yeux et du pouls, sur l'inconstance dans les premiers temps de ce qui a été obtenu, puis sur l'amélioration lente et alors progressive. Ma seconde malade avait une forme particulièrement intéressante par les crises de pseudo-angine nocturne qui la torturaient, et qui ont disparu comme par enchantement dès que les deux nerfs ont été réséqués, alors que la résection seule du nerf droit n'avait rien donné.

Nous pensons, en somme, que l'opération de Jaboulay doit être tentée alors que tous les moyens ont échoué, et que l'intervention sur le goitre vous apparaît comme contre-indiquée et du moment qu'il s'agit d'un basedowisme vrai.

Un proeédé nouveau de traitement des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants,

par M. G. FÉLIZET.

La rétention d'un corps étranger dans le nez constitue un accident fréquent chez les enfants.

C'est généralement après plusieurs jours que le petit malade est amené à nous.

Tantôt c'est à l'occasion de l'aveu tardif de l'enfant ; tantôt c'est par le fait d'une complication qui inquiéte la famille, l'enfant persistant à nier l'introduction d'un objet quelconque dans son nez.

Les notes de notre Consultation de l'hôpital Tenon portent la mention de plus de soixante cas de corps étrangers du nez depuis dix ans.

Dans les premiers temps nous avions recours aux manœuvres classiques : les pinces, les crochets, les curettes, et si, dans bien des cas, nous avons pu réussir sans grande peine, nous conservons le souvenir de longues et laborieuses séances au cours desquelles nous épuisions toutes les ressources avant de procurer la sortie du corps étranger.

Nous avons réussi plusieurs fois, par un petit artifice emprunté à la manœuvre du tamponnement des fosses nasales.

Une bougie fine, introduite d'*avant en arrière*, était accrochée par le doigt derrière le voile du palais. Un fil de soie était solidement amarré à l'olive, et ce fil, attiré d'*arrière en avant*, entraînait un petit tampon d'ouate de dimension convenable. Ce tampon, *écouvillonnant* le nez, refoulait en avant le corps étranger, et tantôt l'amenait au dehors, tantôt l'approchait assez pour qu'une pince pût à coup sûr, le saisir et l'extraire.

La manœuvre était incertaine et toujours douloureuse.

Nous avons recours, depuis cinq ans, à un *procédé de douceur* qui nous a toujours réussi, tant pour les faits d'introduction de date récente, que pour les rétentions anciennes, et parfois, au milieu des complications inflammatoires les plus contrariantes.

Il s'agit là d'un très petit détail de chirurgie ; nous pensons toutefois qu'il intéressera la Société.

Les corps étrangers auxquels nous avons eu affaire sont consignés dans la liste ci-dessous :

Bouton de bottine	1
Grosses perles	8
Pois secs	65
Noyaux de cerises	78
Haricots secs	2
Grains de chapelet	2
Fragments de marron d'Inde	1
Crayons d'ardoise	1
Boule d'ouate et papier	1
Bout de porte-plume de bois	1
Morceau de chaine de montre	1
Tête de poupée en porcelaine	1
Total	31 cas.

L'âge des enfants variait entre quatre semaines et douze ans.

Les malades furent amenés à la consultation dans les conditions suivantes :

Du lendemain au surlendemain de l'accident	1 cas
Du 8e au 15e jour	19 —
Du 15e au 25e jour	8 —
Après six semaines	1 —
Après trois mois	1 —

Ce dernier fait se rapporte à une fillette de dix ans, dans le nez de laquelle ses frères avaient, à son insu, paraît-il, introduit une tête de petite poupée de porcelaine provenant d'un gâteau des Rois.

Le premier fait était celui d'un enfant de quatre semaines, dans le nez duquel, en l'absence de la mère, ses frères avaient introduit de l'ouate, en s'aidant d'une aiguille à tricot et avaient assuré la perfection de leur ouvrage en bourrant le tout avec du papier soigneusement maché.

Ce n'est qne trois jours après que l'enfant, pris de couvulsions, fut amené à Tenon, avec un gonflement unilatéral à la face, le nez n'étant gonflé qu'à sa racine.

Permettez-moi de vous dire tout de suite que, si le gonflement déformant de la racine du nez propagé aux orbites, éveille d'emblée, pour les enfants, l'idée d'une affection scrofuleuse ou syphilitique du squelette nasal, le fait de l'*unilatéralité* du gonflement nous permet d'exclure, du premier coup, la pensée d'un accident de nature diathésique, et doit appeler immédiatement l'attention sur une affection limitée à une seule narine, c'est-à-dire sur une affection de cause locale : soit un traumatisme, soit la présence d'un corps étranger.

Quoi qu'il en soit, nos 31 cas n'étaient pas tous simples ; un bon nombre d'entre eux étaient entourés de quelque obscurité, et plusieurs étaient assez anciens pour que l'on pût supposer que la réaction inflammatoire périphérique dût apporter de sérieuses difficultés à la sortie des corps étrangers.

Dois-je ajouter que la plupart de ces cas avaient été *travaillés* avec des modérations diverses soit par les voisines, soit — comme de juste — par les pharmaciens, avant qu'on se présentât à l'hôpital? Nous verrons que ces manœuvres de *bourrage* sont très loin d'avoir contribué à augmenter la difficulté de l'évincement, en raison de la disposition anatomique de l'ouverture postérieure chez les enfants.

Il est toujours nécessaire de faire le diagnostic; mais la chose n'est pas toujours possible : l'enfant ment, ne sait pas, ou a oublié.

La région est tuméfiée et douloureuse.

Il n'y a pas à parler ici de l'examen rhinoscopique. Quant à rendre manifeste l'obstruction d'une fosse nasale en faisant souffler l'enfant, c'est une constatation qui n'est praticable que quand le petit malade a sa raison et consent à se prêter à l'épreuve.

L'examen par le stylet nous conduit à la vérité, pourvu que le corps soit dur (perle ou noyau). Si le corps étranger est mou (ouate, papier ou haricot), le seul renseignement que l'on obtienne est celui-ci : le conduit nasal est bouché par quelque chose, nous savons, par la mère, que l'occlusion est plus ou moins récente ; et c'est tout.

Voici ce que nous avons fait trente et une fois, pour libérer la narine dans laquelle un corps étranger séjournait.

Sur les trente et une fois, *vingt-six* fois le corps étranger est sorti d'emblée; *cinq fois*, nous avons été dans l'obligation de le saisir au plus près de la narine avec une pince ou une curette.

Quand on fait le lavage du nez au moyen du *bock* et du tube de caoutchouc, la pression de 2 mètres de haut répond à environ un cinquième d'atmosphère; elle occasionne une projection de 20 centimètres environ à la sortie par la narine opposée, une élévation du bock à 5 mètres fait une projection de plus de 60 centimètres à la sortie de la narine opposée.

C'est une force de près d'une demi-atmosphère, que l'on peut augmenter considérablement en faisant usage d'un appareil plus fort, d'une seringue par exemple.

Or, c'est cette force qui nous a rendu les plus grands services pour faire sortir les corps étrangers du nez.

Je suppose un noyau, une perle ou un haricot, logé dans la *narine gauche*. On ne le voit pas; le stylet le heurte; la fosse nasale est absolument bouchée.

Il suffit d'engager horizontalement, *dans la narine droite*, l'embout d'une seringue de 300 à 500 grammes, épousant nettement le pourtour de la narine.

La poussée d'eau tiède, faite horizontalement, est lente et douce pour commencer, afin que le voile du palais ne soit pas surpris et se tende bien et surtout afin que la trompe d'Eustache ait le temps de se fermer. La foulée s'accentue ensuite, on a le sentiment d'une résistance, et cette résistance vaincue se traduit soit par la projection du corps étranger au dehors, soit par la saillie d'un jet de liquide, sous lequel on voit, à proximité de la narine, le corps étranger mobilisé, prêt à sortir et facile à prendre.

Comme la pression ne semble pas dépasser, avec le plus grand effort du piston, les deux tiers d'une atmosphère, on peut admettre que les trompes d'Eustache ne courent pas le risque d'être incommodées, en même temps que la caisse, comme on en a fait l'objection théoriquement.

Je n'ai d'ailleurs jamais remarqué, pour ma part, un accident quelconque du côté de l'oreille moyenne.

La manœuvre est, on le voit, facile et certainement inoffensive.

Dans le cas où le diagnostic ne serait pas ferme, dans le doute sur la présence d'un corps étranger, l'*injection nasale forcée* nous permettra d'être fixés, sans avoir acquis la certitude au prix des grandes douleurs et parfois même des réels dangers que les explorations instrumentales répétées peuvent occasionner chez les petits malades.

Tétanos confirmé.
Injection intra-cérébrale de sérum antitétanique. Insuccès,

par M. le Dr FRANÇOIS HUE, membre correspondant.

Messieurs, je vous apporte une observation, négative il est vrai, sur l'emploi du sérum antitétanique en injection intracérébrale au cours d'un tétanos confirmé. Il m'a été donné de pratiquer cette injection avec l'aide du Dr Nicolle, directeur du laboratoire de bactériologie de Rouen, sur un malade de mon service d'hôpital, le 13 octobre dernier.

Il s'agissait d'un enfant de onze ans qui, en tombant d'un arbre, s'était fait une fracture par décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius gauche. Le fragment supérieur sortait par une plaie de la face palmaire et s'était souillé de terre. L'interne de garde fit, dès l'entrée, la résection de l'extrémité du fragment, réduisit et draina après un vigoureux nettoyage au sublimé. Malgré ces précautions, la suppuration apparut et devint vite fétide, ce qui m'obligea à drainer de nouveau de part en part. Cependant, l'œdème bronzé qui entourait la plaie s'étendait bientôt à l'avant-bras et gagnait même tout le bras, faisant craindre l'apparition d'une septicémie suraiguë. La température montait et, le sixième jour, l'enfant commençait à avaler difficilement. Je ne pus agir que le huitième jour. Le trismus et la raideur de la nuque existaient depuis la vieille, si bien que l'injection eut lieu au moins vingt-quatre heures après l'apparition de ces deux symptômes.

Sous le chloroforme, je pratiquai de chaque côté, sur le frontal, à 7 centimètres au-dessus de l'apophyse orbitaire externe, deux petits lambeaux allant jusqu'à l'os, et à base inférieure. Un trou à la tréphine m'amena sur la dure-mère, de chaque côté, et l'njection fut faite au moyen de la seringue de Roux permettant d'instiller goutte à goutte. A droite, j'incisai la dure-mère; à gauche, cela me parut inutile, la transparence de cette membrane permettant d'éviter les veines de la pie-mère. De chaque côté, nous injectâmes 4 centimètres cubes en 6 minutes, soit 12 centimètres cubes en 12 minutes environ. De plus, aussitôt après, on injecta 20 centimètres cubes du même sérum à la cuisse. Les plaies furent suturées et pansées et l'enfant reporté dans son lit. Je dois dire que cette intervention m'a paru des plus simples, des plus inoffensives et des plus rapides à exécuter.

Le malade, parfaitement réveillé, parla à son entourage comme avant et parut avoir des crises moins violentes. Cependant, vers le soir, la température avait monté, elle dépassait 40°,6, et le malade succombait dans une crise plus généralisée que les autres.

A l'autopsie, nous trouvâmes sur la pie-mère une ecchymose de la grandeur d'une pièce de 1 franc d'un côté, de 5 francs de l'autre. Elles

siégeaient sur la partie latérale et moyenne du lobe frontal, vers l'extrémité antérieure des circonvolutions, entre la 2e et la 3e à droite, sur la partie antérieure de la 2e à gauche.

De chaque côté, on trouvait dans l'épaisseur de la substance blanche une cavité de la capacité d'une noisette environ, à parois lisses avec piqueté hémorrhagique, paraissant faites par écartement et non par dilacération. A gauche, la cavité contenait un caillot sanguin du volume d'un pois. Ces deux cavités siégaient à peu près à un centimètre de l'extrême pointe des ventricules latéraux.

Notre insuccès me paraît attribuable à deux causes : l'époque tardive de l'intervention et l'existence d'une infection septicémique surajoutée que dénotait l'œdème bronzé sans crépitation.

M. Quénu. — Depuis la première opération que j'ai faite, j'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois, dans des cas de tétanos confirmé, les injections de sérum intra-cérébral.

Le premier cas présentait des phénomènes de tétanos depuis quarante-huit heures; il n'avait pas de fièvre, le pouls était assez élevé, mais bon; les suites immédiates de l'injection furent bonnes, mais le malade mourait le troisième jour d'une pneumonie. C'était un malade qui avait une fracture du col du fémur et était dans une gouttière de Bonnet; il s'était produit une eschare sacrée et des eschares aux malléoles; il était donc infecté. Chez ce malade, à la suite de l'injection les phénomènes tétaniques n'augmentèrent pas.

Chez le deuxième malade, la mort survint à la suite des injections; immédiatement après, apparurent des contractures et de la raideur de la nuque qui n'existait pas avant l'injection. Ces observations seront publiées plus tard complètement.

Quant au manuel opératoire, à l'heure actuelle, il est très simple, il suffit de faire une incision de 1 centimètre à peine, faire un trou minime à la voûte et injecter avec la seringue de Roux, en prenant toutefois la précaution de mettre treize ou quatorze minutes par injection. Le manuel opératoire est donc bien simple, mais ces injections paraissent impuissantes à empêcher la propagation des toxines tétaniques et à neutraliser celles qui agissent déjà sur les cellules cérébrales.

M. Lucas-Championnière. — A l'heure actuelle, il y a plusieurs succès avec ces injections intra-cérébrales, mais je ferai remarquer que le procédé de M. Borrel est surtout basé sur des faits observés chez des animaux; or, on ne peut conclure de ce qui se passe chez l'animal à ce qui doit pouvoir se passer chez l'homme. Le cerveau humain, en effet, par suite de son volume, n'est pas

comparable à celui des animaux. Pour mon compte personnel, j'ai eu une petite épidémie de tétanos dans mon service; dans le cours de cette épidémie, j'ai observé un cas de tétanos abdominal à la suite d'une hystéropexie; vingt-quatre heures après le début du tétanos, on fit une injection dans les deux lobes frontaux, injection qui se fit d'ailleurs très rapidement. L'injection n'a eu aucune influence sur le tétanos, bien que M. Borrel, que j'avais appelé, ait cru qu'il y avait eu à la suite de cette injection un peu de sédation des symptômes; toujours est-il que le malade mourait vingt-quatre heures après. Tous ceux qui se sont occupés de tétanos font remarquer d'ailleurs combien ce tétanos abdominal est grave et combien il est difficile d'en enrayer l'évolution.

Dans un deuxième cas de tétanos qu'on envoya de province dans mon service, on fit une injection; le malade est actuellement en voie de guérison, mais il faut dire que le malade présentait un trismus incomplet durant depuis huit jours; c'était donc un cas de tétanos chronique; or, je fais remarquer que le tétanos chronique guérit généralement sans injection. Ces faits-là, comme vous le voyez, ne sont donc pas concluants pour la nouvelle méthode; si je les cite, ne croyez pas toutefois que je la combats, car je suis le premier à désirer l'essayer, mais c'est une question encore à l'étude.

Nous avons fait l'autopsie de notre premier malade; on a trouvé un peu de suffusion sanguine au point piqué, quant au malade qui a guéri, il n'a paru rien éprouver de son intervention. On peut donc dire que cette injection paraît être d'une innocuité absolue.

Je termine en faisant remarquer que si j'ai eu un cas de tétanos chronique guéri par les injections, d'un autre autre côté je connais la statistique d'un chirurgien qui habite dans un pays où il y a du tétanos, et qui me disait qu'il avait observé sept cas de tétanos cette année avec quatre guérisons. Il nous faut donc un très grand nombre de faits observés pour nous faire une opinion sur la valeur thérapeutique de ces injections et je parle d'observations humaines, car encore une fois, les expériences très intéressantes de Borrel, qui, sur les animaux, arrive à arrêter les phénomènes d'infection par l'injection, ne sont pas applicables à l'homme.

M. Reclus. — J'ai fait usage des injections antitétaniques cérébrales. C'était dans un cas de tétanos aigu qui datait de moins de vingt-quatre heures; les injections ont été faites par M. Borrel et le malade mourait vingt-quatre heures après. A la statistique que vient de nous donner M. Lucas-Championnière, j'opposerai celle de l'institut Pasteur : dernièrement, on en était à seize cas de tétanos confirmé traité par les injections intra-cérébrales avec huit

succès. Mais dans cette statistique, je reconnais qu'on ne distingue pas les tétanos chroniques des tétanos aigus. Dans l'observation dont je viens de vous parler, j'ai à vous noter encore un autre fait plus grave. Le malade avait reçu une injection préventive et, malgré celle-ci, quinze jours après, le tétanos se déclarait. Or, c'est là un fait, comme je vous le fais remarquer, grave, car pour mon compte personnel, nous pensions que cette injection pouvait empêcher le tétanos. Mon observation est la deuxième qui vient infirmer cette pensée. M. Remy vous en a déjà publié une; toutefois, je fais remarquer qu'à l'institut Pasteur, on m'a reproché de m'en être tenu à une seule injection lorsque mon malade était infecté. D'après eux, j'aurais dû répéter ces injections tous les huit ou dix jours.

Quant à ce que vous dit M. Lucas-Championnière de la gravité du tétanos abdominal, je ferai remarquer que cette gravité est tellement reconnue, qu'en présence d'un tétanos abdominal, à l'institut Pasteur, on renonce à l'injection.

M. Chaput. — Vendredi dernier, entrait dans mon service, à midi, un homme de quarante-sept ans, atteint de tétanos depuis le matin même. Les symptômes étaient modérés, on constatait du trismus, de la raideur de la nuque et du dos, de la dysphagie marquée et un peu de raideur des adducteurs de la cuisse; la température était à 37 degrés et le pouls à 100.

Le tétanos reconnaissait pour cause une blessure datant de cinq jours, produite par un clou que le malade s'était enfoncé dans le poignet. Il y avait, à ce niveau, du gonflement avec œdème et rougeur; il n'y avait pas de pus collecté.

A trois heures de l'après-midi, je pratiquais l'injection intracérébrale d'antitoxine. Je fis à 8 centimètres de l'apophyse orbitaire du frontal gauche une incision courbe (technique de Quénu), j'appliquai une couronne de trépan de 2 centimètres, par laquelle j'injectai 5 centimètres cubes de sérum antitétanique, par 5 piqûres très éloignées les unes les autres; à droite, même trépanation, et injection de 3 centimètres cubes de sérum antitétanique non concentré.

Le lendemain matin, la température dépassait un peu 38 degrés, le pouls était à 120; le trismus avait cédé un peu, mais la dysphagie avait augmenté; le malade ne pouvait rien avaler. Comme il avait par intervalles assez rapprochés des attaques de suffocation, je jugeai qu'il était dangereux d'irriter la zone laryngienne par l'introduction d'une sonde œsophagienne.

Je fis donc la gastrostomie, qui permit de lui injecter des aliments liquides.

Le soir même, le malade mourait de suffocation; l'autopsie a révélé l'absence de méningite cérébro-spinale et l'absence de lésions du cerveau.

Je tiens à insister sur la précocité de l'intervention et la bénignité apparente de ce cas de tétanos. Constatons cependant qu'avec une marche aussi rapide de la maladie, cet homme ne pouvait être guéri par aucun procédé connu.

M. Richelot. — J'ai également un fait à ajouter à la série des cas négatifs; toutefois, avec M. Lucas-Championnière, je crois qu'il ne faut pas se décourager. Dans ma clientèle, j'ai eu dernièrement un cas de tétanos abdominal, quinze jours après la laparotomie; quarante-huit heures après le début, Roux fit une injection antitétanique avec Marmorek; l'injection fut faite à six heures du soir et la malade mourait dans la nuit.

M. Hartmann. — Je peux également citer le cas d'un malade traité par MM. Roux et Borrel; les injections n'ont rien produit ni en bien ni en mal; vingt-six heures après, le malade était mort. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion.

M. Nélaton. — Dimanche dernier, j'ai trouvé dans mon service un tétanos déclaré depuis vingt-quatre heures, survenu à la suite d'une piqûre du gros orteil. M. Borrel, prévenu, arriva une heure après, mais il se refusa à faire l'injection devant la température élevée (quarante degrés) et le pouls rapide (cent quarante). Il me déclara même que le malade devait mourir dans une heure et, en effet, le malade mourut dans ce laps de temps.

D'après la conversation que j'ai eue avec lui, je crois pouvoir conclure que nous connaissons encore mal cette question. Comme le disait M. Reclus, dans le tétanos abdominal, il renonce à faire ces injections pour ne pas assombrir inutilement sa statistique. Il croit également qu'il ne faut pas agir plus de douze heures après le début des accidents. Comme vous voyez, ce sont des questions tout à l'étude, sur lesquelles nous sommes mal fixés et cela justifie ce que je viens de vous dire, que nous connaissons mal la question.

M. Peyrot. — J'ai été sur le point cette année de pratiquer une injection intra-cérébrale de sérum antitétanique. J'en ai été justement empêché par M. Borrel.

L'histoire vaut la peine d'être racontée.

On m'avait apporté dans le courant de juillet un homme de trente-cinq à quarante ans qui, sans blessure nette, mais avec de nombreuses écorchures des mains produites dans le travail,

présentait au plus haut degré, à ce qu'il nous sembla, à Guinard et à moi-même, tous les signes du tétanos. Le trismus, l'opisthotonos, la contracture des parois thoraciques et abdominales, la raideur des membres, tout faisait croire à une forme aiguë de la maladie. Peut-être n'y avait-il pas assez de température pour un tétanos aussi généralisé. M. Borrel, que nous avions fait demander, nous déclara presque à première vue, qu'il s'agissait de tout autre chose. Une des raisons qu'il invoqua fut que l'on pouvait ployer les membres inférieurs sans un effort excessif; dans le tétanos vrai, il est absolument impossible de produire ce mouvement sur un membre en contracture. Il sembla à M. Borrel qu'il fallait penser à de la méningite cérébro-spinale. Ce diagnostic fut confirmé par la ponction lombaire, qui me fournit une quantité notable de sérosité; il est vrai que des cultures faites avec ce liquide ne nous donnèrent aucun microbe; mais peut-être y eut-il quelque erreur de méthode. Après une quinzaine de jours, mon malade guérit.

Ce fait ne se rapporte peut-être pas directement à la discussion en cours. J'ai profité de l'occasion pour le citer. Il faut en effet, je crois, se méfier dès qu'on parle de tétanos. Beaucoup de ces tétanos chroniques, qui fournissent un contingent de guérisons notables, quelques tétanos aigus, ne sont peut-être que des méningites cérébro-spinales. J'ai le soupçon que la confusion aura pu être faite souvent pour le tétanos post-puerpéral. C'est une question qui mérite d'être revue. Je ne suis pas sûr qu'au point de vue clinique, aussi bien qu'au point de vue expérimental, plus d'une inconnue ne soit encore à éclaircir. J'aurais si peur de me méprendre à nouveau que je ne manquerais pas, en présence d'un cas tant soit peu anormal, de faire appel, même au point de vue diagnostique, soit à un de nos collègues de médecine, soit surtout à M. Borrel, qui a vu un très grand nombre de cas de tétanos et qui me paraît avoir sur ce point une compétence remarquable.

M. Quénu. — J'appuie ce que vient de dire M. Lucas-Championnière sur l'innocuité des injections. Sur trois malades que j'ai vus, nous n'avons trouvé aucun trouble psychique, aucun trouble parétique, aucune sensation douloureuse.

Quant à ce que dit M. Lucas-Championnière des cas chroniques qui seuls pourraient guérir, je ne saurais accéder entièrement à son opinion. Le malade dont je vous ai rapporté l'histoire et qui a guéri, n'avait pas de tétanos chronique. C'était un aigu. Je ne pourrais non plus avec M. Peyrot admettre que les cas de guérison sont des méningites cérébro-spinales; c'est beaucoup trop géné-

raliser et on ne peut pas considérer comme tels les cas de guérison qu'on trouve dans toutes les statistiques, voire même dans celle de Borrel.

Il ne faut pas conclure, comme semble le dire M. Nélaton, que le malade ne peut guérir quand la température est très élevée; j'ai présenté un malade qui a guéri après des injections intra-cérébrales et qui avait eu quarante degrés.

Enfin, si on doit distinguer les tétanos, je crois qu'il vaut mieux les distinguer en tétanos interne et externe, expressions plus vraies que celle de tétanos abdominal. Par tétanos interne, on comprend les tétanos succédant même à des traumatismes, mais qui atteignent les nerfs de la vie végétative. Ce sont là les définitions qui sont maintenant admises à l'Institut Pasteur.

M. Lucas-Championnière. — Je ferai remarquer à M. Peyrot que de tout temps on a dit que la méningite cérébro-spinale pouvait être confondue avec le tétanos. Le diagnostic peut, je le reconnais, en être malaisé; toutefois, les erreurs sont rares, car les méningites cérébro-spinales sont elles-mêmes rares.

Je ne saurais non plus accepter, que c'est à la suite des accouchements qu'on devrait se défier le plus de ces erreurs de diagnostic.

J'ai vu encore dernièrement un tétanos se produire à la suite d'un accouchement clandestin.

D'autres cas de tétanos qui se sont produits à la suite, dans ma salle, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature véritable de l'affection.

Je termine enfin en disant que le tétanos est mieux connu que ne semble le penser M. Peyrot. Certes, nous pouvons apprendre beaucoup des membres de l'Institut Pasteur. Mais s'ils sont très bons expérimentateurs, nous sommes meilleurs cliniciens, et ils peuvent apprendre autant de nous que nous apprendrons d'eux.

M. Peyrot. — M. Quénu m'a mal compris. J'avais pourtant pris la précaution d'expliquer que mes réflexions ne s'appliquaient pas directement à la discussion en cours. Il est bien clair que je n'ai pas eu un instant la pensée de voir dans les malades traités par mes collègues au moyen des injections intra-cérébrales de faux tétaniques. Mes réflexions étaient d'un ordre plus général.

Je ne suis pas du tout convaincu par ce que vient de nous dire M. Lucas-Championnière. La méningite cérébro-spinale n'est pas aussi rare qu'il paraît le croire. Dans ces dernières années, les médecins l'ont observée assez souvent dans de petites épidémies ou à l'état isolé. Dans certaines formes, la maladie prend assez bien la

physionomie du tétanos pour que les observateurs non prévenus aient pu s'y tromper. Ma conviction est qu'on s'y est trompé souvent. Or, comme la méningite cérébro-spinale guérit dans la moitié des cas, on comprend les conséquences de cette erreur. C'est un point à vérifier, une étude à reprendre. Je n'ai pas voulu dire autre chose.

M. Poirier. — Je suis de l'avis de M. Peyrot. On a pu prendre quelquefois des méningites cérébro-spinales pour des tétanos. Il y a des cas où le diagnostic est en effet très difficile. Je vous citerai l'exemple d'un malade de mon service où je suis resté hésitant, presque jusqu'à sa mort, pour savoir s'il avait le tétanos ou non. Ce malade présentait en effet un peu de trismus qui disparaissait le lendemain, puis qui revenait; le pouls s'éleva à quarante degrés, et il finit par mourir sans que nous puissions avoir un diagnostic ferme. Le diagnostic du tétanos n'est donc pas toujours facile.

Corps étranger des voies respiratoires,

par M. FRANÇOIS HUE, membre correspondant.

Messieurs, vous avez entendu, dans la séance du 11 mai dernier, une très intéressante communication de MM. Félizet et Tuffier sur les corps étrangers des voies respiratoires, dans laquelle ces deux auteurs recommandaient la trachéotomie comme moyen de parer au moins au danger de suffocation toujours imminent. Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'intervenir dans un fait de ce genre et d'enlever avec succès un corps étranger de la bronche gauche. Il peut être intéressant de joindre cette observation aux précédentes.

L'enfant Robert L... jouait, le 28 juin dernier, avec un de ces sifflets en bois, teints en rouge, fixés aux ballons en baudruche qui sont dans les mains de tous les enfants, quand, dans une inspiration trop violente, le sifflet franchit le larynx et s'enfonça dans les voies respiratoires. Suffocation, agitation et, comme cela se passait aussitôt après le repas, vomissements. Je le vis deux heures plus tard. Il était calme alors et sans oppression, si bien qu'on eût pu douter de la présence du corps étranger dans les voies respiratoires si elle n'avait été affirmée à chaque inspiration et expiration un peu forte par un bruit de sifflet aller et retour, perceptible à plusieurs mètres. Vous pouvez voir sur le corps du délit que ce bruit était dû à la vibration d'une lamelle de caoutchouc tendue sur une des extrémités du petit cylindre de bois perforé.

Je priai mon confrère, le Dr Lemariey, d'examiner l'enfant au laryngoscope. Cet examen fut négatif. On ne voyait pas le corps étranger, bien qu'on aperçût nettement une bonne étendue de la trachée. Une injection trachéale d'eau stérilisée provoqua de violents efforts d'expulsion, mais sans succès.

Afin qu'un secours immédiat soit à sa portée, je fis entrer le malade dans mon service d'hôpital, sous la surveillance d'internes rompus à la pratique de la trachéotomie. La nuit se passa assez bien, sauf, vers minuit, une crise de suffocation d'intensité moyenne qui s'apaisa seule après une durée d'une heure. Le lendemain, l'état général était bon, l'enfant assez gai, toujours avec son bruit spécial intra-thoracique. A l'auscultation, ce bruit se prolongeait, plus intense du côté gauche, en même temps que le murmure respiratoire était affaibli de ce côté. Nous étions porté à croire le sifflet engagé dans la bronche gauche. Il existait quelques râles sibilants des deux côtés. Quant à la douleur, d'ailleurs légère, elle était localisée par le malade vers le larynx.

La radiographie et la radioscopie du thorax et du cou, faites avec soin par M. Buguet, ne donnèrent aucun résultat, ce qui était à prévoir, étant donné que le corps étranger n'était que bois et caoutchouc.

Le soir de ce second jour, il y eut quelques menaces de suffocation, la nuit fut calme.

L'*opération* eut lieu le 30 juin, moins de quarante-huit heures après l'accident : chloroforme, trachéotomie lente commençant au premier anneau, sous le cricoïde, après hémostase parfaite des couches superficielles. La section portait sur les quatre premiers anneaux. J'espérais beaucoup voir le corps étranger se présenter pendant les premiers spasmes expiratoires, il n'en fut rien. L'enfant avait été placé la tête assez renversée en arrière, comme il convient pour la trachéotomie, et j'essayai d'abord d'une pince hémostatique qui pénétrait mal. Il en fut de même d'une pince courbe. La trachée se présentait droite et je pus, sans difficulté, introduire, en me plaçant derrière la tête, une pince droite à corps étrangers de l'urèthre, sorte de pince à petit bec terminal. En allant vers la bronche gauche, j'eus la sensation que j'y trouvais le corps étranger, qu'il se dégageait de la bronche gauche. Il était vite au dehors, entouré de mucosités et pincé par le bout opposé à la lamelle vibrante. Le malade avait parfaitement supporté cette manœuvre avec un spasme d'intensité moyenne. Suture de la trachée au catgut sans pénétrer dans son calibre, suture superficielle au crin, petit drain entre les deux.

Suites des plus simples, pas de fièvre. Le drain donne quelques gouttes de pus dues vraisemblablement à l'infection par les mucosités trachéales, pendant l'extraction. Pendant trois ou quatre jours, un peu de toux avec exagération des bruits bronchitiques déjà perçus; mais l'état général reste toujours parfait et, le neuvième jour, l'enfant partait guéri.

Le sifflet, de forme cylindrique, mesurait 3 centimètres de long sur 1 centimètre de diamètre au niveau de son pavillon.

Présentations de malades.

M. Thierry présente une malade atteinte d'actinomycose qu'il a traitée par les injections d'eau iodée.

Présentation de pièces.

Pièces provenant d'une malade opérée il y a trois ans d'uretéro-cysto-néostomie,

Messieurs, dans la séance du 18 décembre 1895, je vous présentais une jeune femme à qui je venais de pratiquer avec succès l'uretéro-cysto-néostomie pour une fistule uretéro-vaginale consécutive à un accouchement.

Depuis cette époque, cette jeune femme avait eu une grossesse en 1897, qui s'était terminée par une basiotripsie pratiquée par le professeur Pinard ; après avoir passé plusieurs jours entre la vie et la mort, elle présentait des accidents de tout genre, urémie, ictère, écoulement involontaire de l'urine, etc. ; elle était sortie en bon état de la Maternité ; on avait reconnu un bassin vicieux.

Le 3 novembre 1898, le professeur Pinard me mandait en toute hâte dans son service à Baudelocque ; cette jeune femme y était revenue avec une grossesse à terme ; le travail n'était pas encore commencé, M. Pinard fut d'avis de faire une opération césarienne, que je devais faire suivre d'une hystérectomie totale.

C'est ce que j'ai fait ; nous avons obtenu une petite fille bien vivante et qui se porte bien, mais cette malade a succombé à une péritonite, partie sans doute d'un pédicule qui a saigné.

Je vous présente les pièces qui ont rapport à mon opération de 1895, et qui sont peu encourageantes.

Le rein droit, côté sain, est très hypertrophié.

Le rein gauche, côté opéré, est réduit à une coque bosselée et contenant du liquide clair.

L'uretère est dilaté et se termine en cul-de-sac fermé à 3 centimètres de la vessie, se continuant avec un cordon fibreux qui va à la vessie, creusé à partir de la vessie d'un canal qui, lui aussi, se termine en cul de sac.

Il existe comme un noyau dur entre ces deux canaux, partie rénale et partie vésicale de l'uretère.

La communication a donc cessé d'exister.

Si on examine bien la surface interne de la vessie, on voit qu'à gauche comme à droite, on n'a qu'un orifice correspondant à l'abouchement de l'uretère, et cet orifice paraît normal; est-ce bien celui que j'ai voulu obtenir?

En un mot, il semble sur cette pièce que l'uretère fixé à la vessie se soit détaché, rétracté et soudé au bout vésical, après toutefois que chacune de ces extrémités se serait fermée par une cicatrice terminale. Il est permis de se demander si cette lésion n'est pas due à un second accident survenu pendant l'accouchement, où on dut faire la basiotripsie.

M. Bazy. — Je crois que M. Routier a bien fait d'insister sur l'accident survenu après la basiotripsie. C'est certainement à ce moment qu'a dû se produire une nouvelle déchirure de l'uretère, qui a abouti à son oblitération. En effet, la possibilité et la réalité de la persistance du rétablissement du cours de l'urine après l'urétéro-cysto-néostomie nous sont démontrées par les cas de fistule uretéro-vaginale où le rein et l'uretère sont infectés.

Si le nouvel abouchement de l'uretère à la vessie ne persistait pas dans ces derniers cas, on verrait survenir des accidents infectieux, en même temps qu'un gonflement douloureux du rein.

Or, dans l'un des deux premiers cas que j'ai autrefois rapportés, le rein, qui était gros et douloureux et infecté avant l'opération, est devenu insensible et imperceptible après.

Depuis, j'ai eu l'occasion d'opérer deux nouvelles fistules uretéro-vaginales par l'uretéro-cysto-néostomie, l'une avec M. Monod. Dans ces deux cas, le rein était infecté : dans l'un, notamment, l'infection était assez avancée pour que la néphrectomie fût indiquée. Néanmoins, l'infection a cessé. Dans le second cas, le rein, qui était gros et douloureux après l'opération, est devenu lui aussi indolent, soit spontanément, soit à la pression, et les phénomènes fébriles ont disparu.

M. Souligoux présente un calcul en forme d'haltère, qui était mi-partie contenu dans l'urèthre, mi-partie dans la vessie, et qu'il a enlevé par l'incision périnéale et la taille hypogastrique.

— Renvoyé à une commission; M. Bazy rapporteur.

Vote pour les Commissions des Prix.

Sont nommés membres de la Commission :

Pour le Prix Gerdy :

MM. Kirmisson . . . . 22 voix.
Chaput . . . . 23 —
Quénu . . . . 23 —

Pour le Prix Duval :

MM. Potherat . . . . 23 voix.
Bouilly. . . . . 23 —
Peyrot . . . . 23 —

Pour le Prix Laborie :

MM. Jalaguier. . . . . 23 voix.
Nélaton . . . . 23 —
Broca . . . . 23 —

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SEANCE DU 23 NOVEMBRE 1898

Présidence de M. BERGER

Rectifications à la rédaction du procès-verbal.

M. QUÉNU. — A la page 1015 du procès-verbal, on me fait dire que les injections antitétaniques cérébrales « paraissent impuissantes à neutraliser les toxines qui agissent sur les cellules cérébrales » ; je demande qu'on mette : « paraissent avoir été impuissantes dans ce cas ».

M. FÉLIZET. — Dans ma communication sur un *procédé nouveau de traitement des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants*, p. 1011 (dans la liste des cas), *au lieu de :* Pois secs, 65 ; noyaux de cerises, 78 ; *il faut lire :* Pois secs, 5 ; noyaux de cerises, 7.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Une lettre de M. MICHAUX et une autre de M. TUFFIER, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. BABINSKY, qui invite les membres de la Société à l'inauguration du monument Charcot, devant la Salpêtrière, le 4 décembre prochain, à 10 heures du matin ;

4° Un travail de M. le Dr BOUSQUET (de Clermont-Ferrand) sur *deux observations de tétanos* traité, la première, par les injections *intracraniennes* d'antitoxine, mort; la deuxième, par le chloral à haute dose et les injections *sous-cutanées* d'antitoxine, guérison.

A propos de la correspondance.

M. Picqué dépose sur le bureau deux observations de M. Mauclaire, de *cancer utérin traité par l'hystérectomie abdominale totale.*

Ce travail est renvoyé à une Commission : M. Picqué, rapporteur.

M. Hartmann dépose sur le bureau, au nom de :

1° M. Mauclaire, deux observations :

a) *d'ulcère du pylore formant tumeur. Gastro-entérostomie Guérison;*

b) *de contusion de l'abdomen. Contracture de la paroi. Laparotomie. Déchirure du foie. Mort.*

2° M. Roger (d'Agde), deux observations :

a) *de contracture de l'abdomen. Contracture de la paroi. Pas d'intervention. Mort ;*

b) *de péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Laparotomie. Guérison.*

Le secrétaire général lit, au nom de M. Bousquet (de Clermont-Ferrand), le travail suivant :

Observations de tétanos,

par M. BOUSQUET.

Tétanos traumatique avéré, injections intra-cérébrales de sérum antitétanique. Mort.

Le nommé X..., âgé de trente-cinq ans, du village de Beauregard-l'Évêque, était occupé, le 12 juin 1898, à rentrer du foin et, pour revenir au village, il était monté sur sa voiture, lorsqu'un cahot violent le projeta sur le sol. En se relevant, X..., qui avait ressenti une vive douleur à la main droite, s'aperçut qu'il avait une plaie au niveau de l'articulation de la phalange avec la phalangine de l'auriculaire droit; de plus, le doigt, à ce niveau, était déformé. Sans s'inquiéter outre mesure de sa blessure, notre homme rentre chez lui et fait mettre, par ses parents,

un pansement quelconque sur cette plaie, se réservant de la soumettre ultérieurement à l'examen de son médecin.

Cinq jours après, le 19 au soir, il est pris de gêne dans les mouvements de la mâchoire ; le lendemain, il a de la peine à séparer l'une de l'autre les arcades dentaires et, le 21, il va consulter notre confrère, M. le Dr Lacroix, de Pont-du-Château.

Ce dernier prescrit un pansement antiseptique sur la plaie et une potion au chloral ; le soir même, il nous prévient de l'accident, et il est convenu que le malade nous sera envoyé au plus tôt.

Il arrive, le 22 juin, à la maison de santé de l'Hôtel-Dieu. Nous trouvons un homme vigoureux, auquel le trismus ne permet plus d'écarter les dents, et dont la figure est contracturée par un rictus sardonique des plus accentués. Les muscles de la nuque, du dos et de l'abdomen sont aussi contracturés, et dès que l'on touche le lit sur lequel repose X..., surviennent des convulsions qui lui donnent des crises terribles d'opistothonos.

Nous télégraphions immédiatement à notre ami, le Dr Roux, pour le prier de nous envoyer du sérum, et faisons suivre notre dépêche d'une lettre dans laquelle nous décrivons l'état de notre malade.

M. Roux étant absent, le 22, de l'Institut Pasteur, il nous envoie le sérum le 23 seulement et fait suivre son envoi d'une lettre d'où nous extrayons le passage suivant : « Je fais des vœux pour que ton malade guérisse, et tu as raison de tenter l'injection, mais le cas me paraît trop avancé pour que l'on puisse compter sur une guérison. L'injection intracranienne ne réussit que jusqu'à un certain moment, elle est ensuite inutile. Elle permet d'intervenir après un laps de temps plus long que l'injection sous-cutanée, mais elle ne peut donner de résultats si trop de cellules sont touchées. » Malgré ce pronostic peu rassurant, après avoir pris l'avis de plusieurs de nos confrères, nous pensons, M. le Dr Bide, qui m'assiste, et moi, qu'il faut tenter l'injection, n'ayant pas le droit de refuser à ce malheureux sa dernière chance de salut.

Donc, le 24 au matin, le malade est endormi ; à 10 heures, nous faisons au point classique, à droite et à gauche, un trou de trépan, et, avec une longue aiguille enfoncée, pratiquons de chaque côté une injection suivant tout le rituel opératoire que Roux a pris la peine de nous donner dans sa lettre ; nous profitons du sommeil de notre malade pour lui amputer la phalange bien au-dessus de sa plaie.

Avant l'opération, la température du patient est de 38°,5, le pouls bat 134 fois par minute, nous comptons 24 respirations dans le même laps de temps.

Pendant l'opération, le pouls, très régulier, descend à 80. Immédiatement après l'opération, la température a baissé, elle est de 37°,2.

A 2 heures et demie du soir, le thermomètre monte à 39,1, le pouls est à 140. On compte 30 respirations à la minute.

Le soir, à 7 heures, le pouls est à 132, la température est à 38°,8. Le nombre des mouvements respiratoires est de 20.

Le malade, réalisant les prévisions du savant sous-directeur de l'Institut Pasteur, succombe à 10 heures du soir.

Tétanos traumatique traité par le chloral à haute dose et les injections sous-cutanées de sérum antitétanique. Guérison.

Chapel (Jean), quarante ans, du village de Bouzet, nous est adressé, le 10 octobre 1898, par M. le Dr Lacroix, de Pont-du-Château, et entre à la clinique chirurgicale de l'École de médecine, salle Duprat, lit n° 29.

Le 27 septembre, en déchargeant un tombereau de pommes de terre, le patient s'est enfoncé une écharde sous l'ongle de l'auriculaire gauche. La plaie n'a pas saigné, il s'est développé une tourniole légère dont le blessé s'est fort peu préoccupé. Le 5 octobre, il a ressenti une gêne dans les mouvements de la mâchoire; le soir même, il ne pouvait plus ouvrir la bouche. Le lendemain, la contracture a gagné les muscles du cou, et le 8, lorsqu'on a fait appeler notre confrère, le patient était en opistothonos et avait des crises convulsives assez violentes. Ce que voyant, notre confrère prescrit au malade de fortes doses de chloral, 10 grammes par jour, et lui conseille d'aller à l'hôpital.

Le 11 au matin, par conséquent six jours après le début des accidents tétaniques, nous voyons le malade à la visite.

C'est un homme vigoureux, dont la figure présente le masque caractéristique du rictus sardonique qui s'accentue dès que nous lui disons d'ouvrir la bouche, ce à quoi il ne peut parvenir ; les muscles du cou, de la nuque et du rachis sont contracturés, de même qu'une partie des muscles de l'abdomen et de la poitrine. Étant donné l'état du malade, nous n'osons, instruits par le fait précédent, essayer des injections intracérébrales, les lésions nous paraissant déjà trop avancées. Aussi nous nous bornons à faire continuer le traitement au chloral et à pratiquer des injections sous-cutanées de sérum. Sans plus tarder, *dix centimètres cubes* de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur de Paris sont injectés sous la peau du ventre, dans le flanc gauche. Les préparatifs que nécessite l'asepsie de la région où le sérum va être injecté provoquent de violentes crises convulsives.

Localement, nous arrachons l'ongle du doigt blessé, qui a été en partie décollé par la tourniole, et nous raclons avec une curette les bourgeons qui se sont formés; pansement avec des compresses imbibées de sublimé.

Le lendemain, l'état est le même, la contracture paraît plus accentuée, les crises plus fréquentes, le patient est baigné de sueur.

Le 13, nous injectons de nouveau sous la peau de l'abdomen, 20 centimètres cubes de sérum; la dose de chloral est portée à 15 grammes. Les crises vont en augmentant; il est vrai que la femme du blessé a trouvé pour cela un procédé spécial; comme Chapel a dans les cuisses et dans les jambes des contractures fort douloureuses, nous trouvons, le 15 octobre, la femme occupée à frictionner vivement son mari pour essayer de le calmer!

Le 16, nouvelle injection de 10 centimètres cubes. Pas de rémission, l'état reste absolument stationnaire.

Le 18, injection de 20 centimètres cubes.

Le 20, lorsque nous partons pour le Congrès de Chirurgie, le patient

semble aller mieux, les crises sont moins fréquentes; néanmoins, notre confrère, M. le Dr Fouréaux, qui nous remplace, croit prudent de faire, dès le 22 octobre, une nouvelle injection de 10 centimètres cubes.

Le 26, au matin, nous trouvons le malade beaucoup moins contracturé; il peut ouvrir la bouche, le rictus a notablement diminué, les crises sont beaucoup moins fréquentes. Il persiste de la raideur dans les muscles du cou et de la nuque. Nouvelle injection de 20 centimètres cubes.

Le 27, nous constatons une amélioration très grande, le rictus et la contracture des masseters ont cédé, le cou est encore rigide, le patient commence à s'asseoir sur son lit.

Le 29, nous pratiquons une nouvelle injection de 20 centimètres cubes et faisons supprimer totalement le chloral qui, depuis six jours, a été réduit à 6 grammes.

Le 3 novembre, comme il reste encore de la raideur à la nuque, nous pratiquons une nouvelle injection de 10 centimètres cubes seulement.

Peu à peu, tout rentre dans l'ordre et, le 12 novembre, le malade nous demande à sortir; les muscles du cou sont encore un peu raides. Toutefois, on peut considérer la guérison comme complète.

Voilà donc un cas manifeste de tétanos dans lequel le malade a guéri. Nous avons employé simultanément le chloral à haute dose et les injections sous-cutanées de sérum antitétanique. Quelle part faut-il faire dans la guérison à l'une et l'autre médication? c'est là ce qu'il nous est bien difficile de dire. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que, depuis vingt-six ans, il nous a été donné de voir dans les hôpitaux civils, et dans les hôpitaux militaires de Paris, puis à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, nombre de cas de tétanos et, *pour la première fois de notre existence*, nous voyons un tétanique avéré guérir.

Lorsque nous aurons ajouté que nombre de malades que nous avons observés avaient été soignés par le chloral à haute dose, force sera bien de croire à l'influence curative du sérum dans le cas présent.

Rapport.

Sur quelques observations envoyées par le Dr Pauchet (d'Amiens),

par M. L.-G. RICHELOT.

M. le Dr Pauchet nous a déjà adressé une statistique d'opérations abdominales sur laquelle je vous ai présenté un rapport il y a quelques mois. Il nous envoie aujourd'hui une nouvelle série d'observations qui forment une série heureuse et portent la marque d'un tempérament chirurgical dont j'ai pu apprécier toute la valeur pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis. Je vous en donnerai une courte analyse.

Dans un cas de *kyste de l'ovaire à pédicule tordu*, M. Pauchet fait la laparotomie au sixième jour des accidents, trouve un kyste partout adhérent à l'intestin et des exsudats péritonitiques dans le petit bassin. Le pédicule a deux tours et demi et est presque sectionné par sphacèle; les parois de la tumeur sont verdâtres; le contenu est du sang noir et fluide, quatre ou cinq litres. L'opérateur, après avoir enlevé le kyste, ferme le ventre sans lavage, ni drainage; la température, en trois jours, revient de 39 degrés à 37 degrés, et la malade guérit. Fait intéressant, cette malade avait été soignée à Lariboisière par M. Duguet pour un goitre exophthalmique apparu depuis dix mois. Or, immédiatement après l'opération, les signes de la maladie de Basedow diminuèrent peu à peu, et ils avaient presque entièrement disparu au bout de vingt jours. Le pouls, de 130, retomba à 80; l'exophthalmie, très diminuée, permit à la malade de dormir les yeux clos, le sommeil devint régulier, les règles reprirent leur cours normal et l'équilibre cérébral ne laissa plus rien à désirer.

Un *kyste hydatique du lobe gauche du foie*, remontant haut dans l'hypochondre, dépassant à droite la ligne médiane et débordant les fausses côtes de 12 centimètres, fut attaqué par M. Pauchet au moyen d'une incision abdominale latérale. Il n'était pas adhérent, contenait très peu de liquide et une multitude énorme de vésicules. Après incision large, comme la poche se perdait au loin sous le diaphragme et ne se vidait pas de son contenu, le malade fut soulevé par les épaules et aussitôt l'évacuation se fit très complètement. La guérison eut lieu sans encombre; il reste encore une petite fistule.

Un jeune homme de vingt-ans portait une *ostéomyélite de la branche ischio-pubienne gauche*, avec des fistules, un abcès ouvert dans la vessie, de la pyurie pendant trois mois. M. Pauchet incisa

la symphyse pubienne, rugina l'angle pubien gauche, découvrit le foyer entre cet os et la vessie, et fit, sans toucher à cette dernière, l'extraction d'un séquestre. Le malade est guéri et n'a plus de pus dans l'urine.

M. Pauchet a observé un cas curieux d'*anévrysme intra-parotidien de la carotide externe ;* Delbet parle d'un seul cas semblable dans le *Traité de chirurgie*, t. IV, p. 274. L'anévrysme datait de trois ans, chez un homme de cinquante-six ans, athéromateux, et causait des douleurs névralgiques et surtout des sifflements tels que le malade pensait au suicide. La tumeur avait le volume d'une noix et refoulait le lobule de l'oreille. M. Pauchet lia la carotide au-dessus de la faciale. La guérison date aujourd'hui de treize mois.

Un *prolapsus énorme du rectum*, chez un homme de vingt-sept ans, mesurait 12 centimètres de long sur neuf de large, et existait depuis l'âge de six ans. L'opération que fit M. Pauchet rappelle le procédé de Gérard Marchant : incision ano-coccygienne, excision d'un lambeau losangique; décollement de la moitié postérieure de l'ampoule rectale; plicature de l'ampoule, en hauteur et en largeur, à l'aide de quatre catguts passés dans la paroi rectale; réunion de ces catguts au squelette. Aujourd'hui, « le malade paraît guéri, rien ne sort plus pendant les gardes-robes ».

Sur vingt-deux cas d'*appendicite*, dont douze opérés à froid, et dix à chaud, M. Pauchet n'a eu qu'une mort, dans un cas d'abcès iliaque avec péritonite généralisée.

Enfin, pour faire suite à la première série d'*hystérectomies abdominales totales* qu'il nous a communiquées il y a huit mois et dont je vous ai rendu compte, M. Pauchet nous annonce aujourd'hui neuf opérations nouvelles, exclusivement pour fibromes, avec une mort. Cet insuccès lui semble dû à une infection venue du col. Notre jeune collègue a adopté, après l'ablation totale de l'utérus par l'abdomen, le drainage systématique, non par la brèche vaginale, mais par le cul-de-sac de Douglas, avec un tube de verre ; il ne se sert plus de gaze iodoformée ou autre.

Tels sont les faits saillants que M. Pauchet soumet aujourd'hui à votre appréciation ; ils font honneur à son habileté opératoire et à son sens clinique ; ils le désignent à vos suffrages pour un avenir prochain, et méritent, en attendant, les remerciements que je vous propose de lui adresser.

Rapport sur deux observations envoyées par M. le Dr Malapert (de Poitiers),

par M. L. G. RICHELOT.

M. le Dr Malapert nous a adressé deux observations sur lesquelles je me bornerai à un court rapport verbal, l'une d'entre elles ayant trait à un accident rare, l'autre, au contraire, à une affection dont la Société de chirurgie a tant parlé dans ces derniers temps qu'elle est bien aise, je crois, de se reposer un peu. Cette remarque préliminaire n'est pas pour diminuer le mérite de l'auteur, dont la pratique nous est connue, et dont les travaux nous ont déjà occupés l'année dernière.

La première observation a pour titre : *Sonde en caoutchouc rouge introduite en entier dans la vessie; extraction par la taille sus-pubienne*. Un homme de soixante et un ans, atteint d'hypertrophie de la prostate et habitué à se faire des lavages boriqués, avec une sonde de Nélaton n° 15, refoule un jour sa sonde avec le bout de la seringue et ne peut plus la retirer ; la sonde tout entière pénètre dans la vessie. Puis il continue ses lavages avec un autre instrument pendant quatre jours, et entre à l'hôpital. M. Malapert essaie d'extraire le corps étranger avec un lithotriteur, mais la prostate l'empêche de pénétrer, et il se décide à la cystotomie. Une petite incision au-dessus du pubis permet d'aborder la vessie et d'enlever la sonde qui commençait à s'incruster de sels calcaires. Le lobe moyen de la prostate faisait dans la cavité une saillie énorme. Le malade fut rapidement guéri.

Les cas de corps étranger de la vessie constitués par un fragment de sonde ne sont pas rares, mais la présence d'une sonde entière est plus exceptionnelle et méritait d'être signalée.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une *appendicite à rechutes*, survenue chez une femme de trente-trois ans. Depuis longtemps, digestions pénibles et symptômes d'entérite compliquée de migraines. Les crises d'appendicite se succèdent, au nombre de quatre, dans l'espace de deux années. Pendant une période de calme, M. Malapert constate dans la fosse iliaque un petit cordon dur, douloureux à la pression; il pratique une laparotomie latérale, guidé par la sensation très nette de l'appendice, et en fait la résection. Les suites opératoires furent très simples; aujourd'hui, la malade a des digestions faciles. A l'examen de l'appendice, qui n'offrait aucune adhérence, on le trouve seulement un peu rouge, avec de fines arborisations vasculaires; mais en l'ouvrant, on constate qu'il est le siège d'un retrécissement fibreux. En arrière de ce rétrécissement, il n'y a pas de corps

étranger, mais on remarque une ulcération ovalaire de un centimètre et demi de longueur, à grand axe parallèle au canal appendiculaire. Sur les autres points, la muqueuse est saine. Des cultures faites avec le liquide contenu en petite quantité dans l'appendice ont donné des colonies de bactérium coli pur.

Je pourrais vous rappeler, à propos de cette observation, un bon nombre de faits qui ont été mis en lumière dans nos discussions récentes. Mais je me ferais scrupule, comme je l'ai dit tout à l'heure, de raviver une controverse qui me paraît, qui vous paraît, à tous, bien près d'être épuisée. Et M. Malapert me pardonnera si je n'insiste pas davantage sur un fait clinique dont il a étudié les détails comme ils devaient l'être, où il s'est montré observateur sagace et opérateur judicieux, mais dont l'analyse ne nous conduirait pas à des conclusions bien nouvelles. Je préfère l'engager à persévérer dans la voie où il est entré depuis qu'il a quitté nos hôpitaux, en recueillant les faits intéressants de sa pratique et en nous adressant des travaux sur lesquels s'appuiera bientôt, je l'espère, sa candidature au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Je vous propose de déposer dans nos archives les observations de M. Malapert et de lui adresser des remerciements pour sa communication.

Discussion.

Péritonite tuberculeuse à début simulant l'occlusion intestinale ou l'appendicite.

M. Quénu. — J'ai observé deux faits qui sont tout à fait comparables à ceux que nous a rapportés M. Lejars.

Dans le premier cas, la première manifestation clinique fut une attaque d'occlusion intestinale.

Dans le deuxième, un syndrome confondu avec une crise d'appendicite aiguë.

Ma première observation est relative à une dame d'une trentaine d'années que j'avais opérée au mois de juillet 1895, pour une salpingite. Cette opération avait été extrêmement laborieuse et avait nécessité une double attaque par la voie abdomino-vaginale : il s'agissait de lésions anciennes déjà sèches, non suppurées, extrêmement adhérentes; les trompes et les ovaires étaient perdus dans un magma

d'adhérences; les parois tubaires étaient très épaissies, comme fibroïdes; rien n'autorisait à supposer la nature tuberculeuse de ces lésions.

L'opération fut suivie de guérison, mais, vers la fin de septembre, je fus appelé par dépêche auprès de la malade pour des accidents d'occlusion intestinale, accidents très menaçants : absence de gaz par l'anus depuis quatre jours, vomissements bilieux et fécaloïdes, pas d'élévation de température, le tableau était complet. Je pensai à des adhérences intestinales au niveau d'une cicatrice intérieure et je pratiquai une incision iliaque qui pût à la fois me servir à l'exploration digitale et à l'établissement d'un anus contre nature.

Le péritoine ouvert, il s'écoula une assez grande quantité de liquide; le doigt, introduit dans l'abdomen, je constatai qne toute la séreuse était recouverte de granulations de différents volumes et manifestement tuberculeuses. Je refermai complètement le ventre et bornai là mon intervention.

Tous les accidents d'obstruction disparurent immédiatement; la malade succomba ultérieurement aux progrès de sa péritonite tuberculeuse.

Dans ma deuxième observation, les premiers symptômes de la péritonite simulèrent une crise d'appendicite aiguë. La malade était une fillette d'une douzaine d'années, délicate, très nerveuse et placée dans un pensionnat de religieuses à Paris. Elle fut prise un beau jour subitement, sans aucun prodrome, d'une douleur vive dans le ventre, avec prédominance manifeste dans la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre, suppression de l'émission des gaz, vomissements, élévation modérée du thermomètre, fréquence du pouls.

Le médecin ordinaire pensa à une attaque d'appendicite et appela en consultation le professeur Hutinel. Ce dernier n'émit aucun doute sur le diagnostic et conseilla en présence de la sévérité des accidents une intervention chirurgicale.

A mon tour, j'examinai la jeune malade et portai le même diagnostic d'appendicite aiguë. Je fis de suite (c'était un vendredi soir) l'incision classique en dehors du bord externe du muscle droit; le péritoine ouvert, il s'écoula du liquide clair; j'allai vers le cæcum et l'appendice et fus surpris de ne trouver aucune tuméfaction iliaque : d'autre part, la surface séreuse était criblée de petites granulations miliaires grises, presque transparentes, extrêmement petites. Je refermai complètement le ventre sans drainage. Immédiatement les douleurs abdominales s'apaisèrent, les vomissements disparurent, la température baissa et dès le lendemain des gaz furent expulsés par l'anus.

Le lendemain samedi, la situation était très satisfaisante; le dimanche matin, même sédation pour les symptômes abdominaux, mais apparition d'une céphalalgie tenace et reprise de la fièvre. M. Hutinel, appelé le lundi matin. reconnut des accidents de congestion méningée, vraisemblablement dus à une poussée tuberculeuse, et l'enfant succomba dans la journée.

M. Brun. — Si j'ai bien compris la communication qui nous a été faite par M. Lejars, notre collègue a voulu surtout attirer l'attention, à la Société, sur certaines formes cliniques de la péritonite tuberculeuse aiguë et sur les résultats favorables que la simple ouverture du ventre est susceptible de procurer dans ces cas. J'ai vu et opéré, chez les enfants, un assez grand nombre de péritonites tuberculeuses, et deux fois je me suis trouvé en présence de faits absolument semblables à ceux qui nous ont été rapportés par notre collègue. La première fois, c'était chez un jeune garçon de six à sept ans, qui était entré à l'hôpital, dans un service de médecine, présentant les signes habituels d'une péritonite aiguë à localisation surtout sous-hépatique. Les accidents étaient survenus après une chute, dans laquelle le flanc droit avait été violemment contusionné par une rampe d'escalier, et lorsque je vis le malade, je pensai à une déchirure hépatique et à une péritonite consécutive. J'émis dès ce moment l'opinion qu'une intervention chirurgicale serait nécessaire, mais la température s'étant abaissée quelque peu, cette intervention fut différée et je ne la pratiquai que dix jours environ après le début de la maladie. L'ouverture du ventre, que je fis sur le bord externe du muscle droit du côté droit, me montra un péritoine viscéral et pariétal couverts d'une quantité infime de granulations miliaires. J'évacuai un litre de liquide ascitique et, après avoir touché la surface péritonéale malade avec des tampons imbibés de naphtol camphré, je refermai le ventre. Dès le lendemain de mon opération, la température devint et resta normale, et un mois après, l'enfant était en état de partir en convalescence à Forges. J'ajoute que cette amélioration n'a pas été passagère; j'ai revu mon petit opéré cette année même, quatre ans après mon opération, et son état, aussi bien local que général, était absolument satisfaisant. Le second fait que je désire vous rapporter a trait à une grande fille de quatorze ans qui, depuis plusieurs semaines, se trouvait dans le service du professeur Grancher, où elle était entrée pour une faiblesse générale extrême et une coloration bronzée de la peau qui avaient fait émettre l'hypothèse d'une maladie d'Addison. Sans raison appréciable, elle fut prise, au mois de novembre 1897, d'une violente douleur du côté droit du ventre, avec vomissements et diarrhée. Rapidement les phénomènes s'aggravèrent, et lorsqu'on me montra l'enfant, le 1er décembre au matin, son facies était grippé, la température était à 39°8, et le pouls était absolument impossible à sentir au niveau des radiales. La pression du ventre était douloureuse, surtout du côté droit, aussi n'hésitai-je pas à porter le diagnostic de péritonite septique généralisée, à point de départ probablement appendiculaire, et à formuler un pronostic

des plus sombres. J'intervins immédiatement et je fis dans la fosse iliaque droite l'incision habituelle de l'appendicite. Dès que le péritoine fut ouvert, je reconnus mon erreur. Péritoine pariétal et viscéral étaient, comme chez mon premier malade, couverts de granulations miliaires, mais à côté de ces lésions récentes et évidemment causes des accidents aigus, il existait des masses caséeuses disséminées, unissant l'épiploon à l'intestin et les anses intestinales entre elles. En divers points, au milieu de ces adhérences, se trouvaient des poches ascitiques que je pus évacuer. Je lavai le ventre à l'eau bouillie, je touchai les masses caséeuses avec le naphtol camphré et je drainai. J'avais, je l'avoue, peu confiance dans les résultats de mon intervention. Contrairement à mon attente, et grâce peut-être aux injections de sérum, qui furent largement utilisées, je trouvai le lendemain mon opérée moins malade que la veille. Le pouls, bien que filiforme, pouvait être senti et compté, il n'y avait plus eu de vomissements, la figure était meilleure. Dans les jours qui suivirent, l'amélioration continua, et cinq mois après son opération, ma petite malade pouvait être envoyée à Berck. Je l'y ai revue récemment et tout me fait espérer que la guérison sera durable.

Les deux observations que je vous ai rapportées confirment, je crois, pleinement l'opinion émise par notre collègue Lejars sur la valeur de la laparotomie dans le traitement de la tuberculose miliaire limitée au péritoine.

M. Nimier. — Dans les observations de péritonite tuberculeuse que M. Lejars et divers de nos collègues vous ont rapportées, il est un point qu'il me paraît intéressant de relever : c'est l'état aigu de l'infection tuberculeuse chez les malades. En effet, nous sommes fixés sur la valeur de la laparotomie dans les diverses formes chroniques de la tuberculose péritonéale ; les résultats de l'intervention dans les cas aigus sont moins connus.

Pour ma part, je suis intervenu une fois dans ces conditions et mon malade n'a survécu que sept semaines à la laparotomie.

C'était un militaire soigné, au Val-de-Grâce, pour granulie depuis une vingtaine de jours, lorsqu'il fut évacué dans mon service, le 17 mars de cette année. Il était absolument cachectisé, avec un abdomen très distendu par du tympanisme intestinal et une ascite abondante ; la diarrhée avait fait place à la constipation. Les deux poumons et surtout le gauche étaient manifestement touchés. La température après avoir atteint 40 degrés, puis avoir oscillé entre 38 degrés et 39 degrés, était descendue à 37°,5 le matin et 38°,5 le soir.

Le 19 mars, je pratique une laparotomie sous-ombilicale, donne

issue au liquide séreux, jaunâtre, légèrement trouble de l'ascite et l'air baigne la surface péritonéale d'un rouge vineux, littéralement criblée de granulations blanchâtres. Quoique fermée par trois étages de sutures la plaie pariétale resta fistuleuse en son milieu et ses lèvres cutanées s'ulcérèrent.

L'opéré survécut sept semaines, n'ayant retiré de l'intervention d'autre bénéfice que d'être soulagé du fait de la disparition de son ascite. La fièvre, malgré une détente pendant les cinq jours qui suivirent la laparotomie persista, la diarrhée reparut, devint colliquative et le malade s'éteignit peu à peu. Les lésions pulmonaires avaient paru plutôt rétrocéder. Malheureusement l'autopsie ne put être pratiquée.

En regard de ce résultat bien insuffisant, mon collègue M. Ferraton me laisse le soin de placer l'observation d'un malade chez qui, il pratiqua dans mon service une laparotomie au cours d'une péritonite tuberculeuse aiguë.

B... rapporte qu'il a toujours été sujet aux bronchites et que depuis son arrivée au régiment, c'est-à-dire depuis huit mois, sans blennorrhagie antérieure, à la suite des marches et parfois sans cause appréciable, son testicule droit est le siège de poussées fluxionnaires. Quelques heures de repos au lit suffisaient d'ordinaire pour les faire disparaître; mais dans les premiers jours d'août 1897 une nouvelle poussée testiculaire est suivie de douleurs diffuses vagues dans l'abdomen qui peu à peu augmente de volume. En même temps, l'état général devient mauvais, l'appétit et les forces disparaissent, la fièvre s'allume, la température oscille entre 37°,2 ou 37°,5 le matin et 39 degrés le soir, cela du 10 au 20 août. Une détente de la fièvre se produit ensuite, mais les symptômes locaux de la péritonite tuberculeuse se précisent et, lorsqu'une nouvelle poussée fébrile se manifeste le 26 août, la laparotomie est proposée au malade.

M. Ferraton la pratique le 29; le thermomètre marque 38°,2. L'incision sous-ombilicale donne issue à 5 ou 6 litres d'un liquide légèrement hématique et laisse voir un péritoine fortement injecté et parsemé de petites granulations. Après évacuation et large aération de la séreuse, la plaie est fermée.

Pendant quatre jours la température oscille entre 38 degrés et 39 degrés; puis la défervescence se produit et n'est guère troublée pendant le reste du séjour du malade à l'hôpital. L'état général s'améliore rapidement. Localement le ventre reste un peu augmenté de volume et sensible à la pression; les selles sont assez régulières. La paroi abdominale antérieure paraît comme doublée d'un gâteau induré qui ne masque pas la sonorité intestinale. Le testicule lui aussi conserve une certaine sensibilité à la pression.

La convalescence se poursuit sans incidents; puis en novembre, l'on note une menace d'abcès au niveau de l'extrémité inférieure de la cicatrice abdominale. Fin janvier 1898, M. Ferraton doit intervenir pour

ouvrir à ce niveau et curetter une petite poche en bouton de chemise sous la peau et l'aponévrose. La guérison est obtenue en une dizaine de jours et le 12 février, c'est-à-dire cinq mois et demi après l'opération, le malade quitte l'hôpital. Son état général et local est satisfaisant, toutefois il n'est pas encore capable de se livrer à un travail pénible.

Chez ce malade des lésions pulmonaires n'étaient pas cliniquement appréciables.

Ces observations, après d'autres, plaident en faveur de la laparotomie précoce, comme traitement de la péritonite ascitique, manifestation d'une infection tuberculeuse aiguë. Mais, si cette intervention peut être tenue pour légitime, ses résultats ne sont pas assez certains pour qu'il soit inutile de rechercher avant de l'entreprendre dans un cas donné, quel pronostic peut être porté. Or, les bases de notre jugement ne sont pas encore très bien établies; en particulier, les lésions péritonéales soupçonnées cliniquement ou reconnues aux cours de l'intervention ne paraissent pas avoir au point de vue pronostic une grande valeur. Plus importantes me semblent être les manifestations tuberculeuses dans les autres organes, surtout dans les poumons, sans doute parce qu'elles fournissent une indication sur le degré de résistance du sujet à l'infection tuberculeuse.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Communications.

Remarques sur la physiologie de la vessie avec application à la thérapeutique : du pansement permanent de la vessie,

Par M. BAZY

Je désire appeler votre attention sur un petit point de physiologie vésicale qui me paraît intéressant au point de vue de ses applications thérapeutiques.

Il s'agit de l'utilisation de liquides *non miscibles à l'urine* et *plus légers* qu'elle, tenant en suspension ou en dissolution des substances médicamenteuses, pour faire des *pansements permanents* dans la vessie. Le liquide réunissant ces propriétés est, dans l'espèce, l'huile de vaseline.

Voici quel a été le point de départ de cette application thérapeutique. Tout le monde sait que quand on a injecté dans la vessie de l'air avec les liquides destinés aux lavages vésicaux, cet

air n'est expulsé qu'à la fin de la miction; de là à conclure qu'il en est de même des liquides non miscibles à l'urine et plus légers qu'elle, il semble qu'il n'y ait qu'un pas. Cependant, ce pas, je ne l'ai pas franchi et il a fallu une circonstance toute fortuite pour me faire penser à utiliser cette particularité dans le traitement des affections vésicales.

J'opérais, il y a trois ans, d'uréthrotomie interne, un de nos confrères de la marine, mort depuis, qui avait un rétrécissement très serré, avec stagnation d'urine. Je l'avais endormi au bromure d'éthyle.

L'opération se passa sans incident. Je plaçai la sonde à bout coupé et évacuai une grande quantité d'urine. Quelle ne fut pas ma surprise, alors que déjà une grande quantité s'était évacuée, de voir sortir un liquide huileux, à peu près incolore, qui me surprit beaucoup; et comme notre confrère était un grand théoricien, je pensai à quelque nouvelle application de ses théories et je supposai qu'avant l'opération. il s'était introduit une huile quelconque dans la vessie.

Or, à son réveil, j'appris de lui que, la veille, pour obéir à une idée théorique quelconque, il s'était injecté dans la vessie de l'huile de vaseline stérilisée.

Cette huile avait donc pu, chez un sujet ne vidant pas sa vessie, rester depuis la veille dans la vessie, sans être évacuée.

A quelque temps, je causais de cette particularité avec mon ami et notre collègue, le Dr Broussin (de Versailles), et comme nous avions en traitement, à ce moment, un malade atteint de cystite tuberculeuse (diagnostiquée à l'examen bactériologique) nous eûmes l'idée d'utiliser cette particularité chez ce malade. Ce fut la première application du procédé, dont les bons effets ne tardèrent pas à se faire sentir, et qui continuent encore aujourd'hui.

Voici commment on peut appliquer ce procédé; il n'est guère facile de le faire que chez l'homme : on injecte dans la vessie, préalablement vidée, 20 à 30 centimètres cubes d'huile de vaseline iodoformée à 1/20; l'iodoforme est en partie dissous, en partie tenu en suspension. On recommande au malade de se regarder uriner. L'urine s'écoule tout d'abord, puis bientôt apparaît l'huile. Dès que l'huile apparaît, il doit cesser : il garde ainsi l'huile iodoformée dans la vessie; il peut rester 2, 3, 4, 5 jours sans avoir évacué complètement son huile. Un de nos malades, particulièrement habile, en avait encore au bout de quinze jours.

Quand il n'y a plus d'huile, ce dont, au début surtout, il est averti par le retour de la douleur, on recommence l'injection, et au bout d'un certain temps, la cessation des douleurs et des fré-

quences devient définitive. Je dois dire que le résultat n'est pas constant.

Je n'ai essayé ce mode de traitement que dans la cystite bacillaire et avec l'huile de vaseline iodoformée; je me propose d'étendre la méthode à d'autres variétés d'infections vésicales et avec d'autres médicaments.

Je me contente de vous faire part de cette méthode thérapeutique; je n'entre pas dans les détails, qui seront fournis dans une thèse que prépare mon élève Réniac.

Je me borne à quelques considérations générales seulement.

L'huile de vaseline iodoformée agit de deux manières :

1° Comme topique local permanent; 2° en empêchant l'évacuation complète de la vessie et parconséquent en empêchant l'expulsion de l'iodoforme porphyrisé qui s'est séparé de la vaseline où il n'était qu'en suspension et est tombé sur le bas-fond vésical où il constitue un topique directement appliqué sur les lésions tuberculeuses (1).

On comprend qu'on puisse, en employant ce liquide neutre, inoffensif, qui sert à la fois de *véhicule* et *d'index*, employer des médicaments variés, dissous ou précipités au bas-fond vésical, et les appliquer à d'autres affections vésicales que la tuberculose, en particulier aux infections vésicales chez les rétentionnistes et les stagnationnistes. Je ne veux pas développer ces points, cela me paraît superflu.

M. ROUTIER. — Je voudrais demander à M. Bazy quelle est la quantité d'huile qu'il injecte, et à quelle dose d'iodoforme.

M. BAZY. — Je l'ai dit : de l'huile de vaseline iodoformée au 20e, 20 à 30 centimètres cubes.

Luxation double et ancienne de l'astragale; ablation de l'os, par M. LEGUEU.

La communication de M. LEGUEU est remise à l'examen d'une Commission : MM. MONOD, PICQUÉ et REYNIER, rapporteur.

Un cas d'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique comme traitement du tétanos, par M. BEURNIER.

La communication de M. BEURNIER est remise à l'examen d'une Commission : M. QUÉNU, rapporteur.

(1) Dans un cas de tuberculose urinaire généralisée, nous avons trouvé à l'autopsie dans le bassinet de l'iodoforme injecté 7 à 8 jours auparavant dans la vessie.

Deux cas d'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique comme traitement du tétanos. Guérison, par M. VILLON (de Versailles).

La communication de M. VILLON est remise à l'examen d'une Commission : M. QUÉNU, rapporteur.

Présentations de malades.

M. PEUGNIEZ (d'Amiens) présente un *anévrysme artério-veineux du pli du coude d'origine traumatique* qu'il a opéré.

Cette communication est remise à l'examen de M. GÉRARD MARCHANT.

Présentation d'un malade atteint de pseudarthrose.

M. ROBERT. — J'ai l'honneur de vous présenter un sous-officier atteint de pseudarthrose de l'humérus, dont la guérison, aujourd'hui confirmée, a demandé près de deux années de traitement et a nécessité trois interventions opératoires.

La fracture, compliquée de plaie, avait été occasionnée, le 7 octobre 1896, par l'écrasement du bras droit sous la roue d'un wagonnet Decauville.

En raison de la gravité des lésions, la contention des fragments fut un peu négligée au début et on se contenta d'appliquer des pansements antiseptiques et de maintenir le membre supérieur dans une gouttière.

La plaie suppura, il fallut pratiquer une contre-ouverture à la partie postérieure du bras; six mois après l'accident, il persistait encore deux trajets fistuleux suppurant assez abondamment, avec mobilité anormale rendant le membre supérieur complètement impotent.

C'est dans ces conditions que le blessé nous fut adressé, le 15 avril 1897, au Val-de-Grâce.

Ainsi que vous pouvez le constater d'après les épreuves radiographiques, les deux fragments de l'humérus étaient séparés par l'interposition d'une bande épaisse de parties molles; le fragment inférieur soulevait la peau en avant; le supérieur, entraîné en arrière, était englobé dans les tissus profonds sclérosés et

engorgés par l'inflammation. Du pus s'écoulait, surtout au niveau de l'incision pratiquée en arrière.

Une cicatrice déprimée traversait la région antérieure et inférieure du bras; le coude était ankylosé à angle droit, le bras complètement ballant; pas de troubles trophiques, pas de signes de compression nerveuse.

Préoccupé des difficultés que pouvaient offrir le rapprochement des fragments et leur affrontement permanent, j'avais, avant d'agir, demandé l'avis de notre collègue Quénu, qui me conseilla de recourir à la fixation par l'interposition d'un morceau d'os à la façon d'un goujon.

C'est ce procédé que j'ai employé le 29 mai 1897 : Après avoir mis à découvert, isolé des parties interposées et avivé les extrémités fragmentaires, en évitant de blesser le nerf radial, je constatai que les surfaces osseuses avivées, mises au contact, avaient une tendance excessive à se disjoindre et qu'une suture métallique serait insuffisante à en assurer la réunion.

J'introduisis alors dans la cavité médullaire des fragments un cylindre d'os stérilisé et fixai cette sorte de goujon long de 5 à 6 centimètres avec une goupille pour en éviter le déplacement. Une anse de fil métallique consolida le tout.

Malgré la contention à l'aide d'un appareil plâtré, il se produisit dans la suite de la disjonction des fragments, et la mobilité persista, bien que la cicatrisation des parties molles fût obtenue vers la fin de juin.

Un trajet fistuleux s'étant formé, en décembre 1897, au niveau de la cicatrice externe, je mis de nouveau à découvert les extrémités fragmentaires et j'enlevai le fil de suture ainsi qu'un petit morceau du tenon incomplètement résorbé et accolé le long du fragment inférieur.

Malgré cette régularisation et l'immobilisation rigoureuse du bras par des attelles creuses de bois, renforcées par une gouttière plâtrée, la consolidation ne put être obtenue, les extrémités des fragments n'étant pas exactement affrontées et n'ayant qu'un point de contact sur leur bord, ainsi que le démontrait l'épreuve radiographique.

Le 1er février 1898, je me décide à une troisième intervention. Je taille en biseau le fragment inférieur, je pratique une excision en V sur l'extrémité du fragment supérieur et j'assure l'affrontement exact à l'aide d'un point de fil d'argent.

Cette adaptation très rigoureuse, et les soins apportés à l'immobilisation, ne suffirent pas à obtenir la consolidation régulière.

Au commencement du mois de mai, on constate qu'il persiste

de la mobilité antéro-postérieure, alors que latéralement l'humérus présente une rigidité évidente.

Un appareil de prothèse est appliqué et assure une contention suffisante pour permettre au blessé d'écrire et de se servir de son membre supérieur droit.

La consolidation progressive, mais très lente, ne fut définitive que dans le courant d'octobre 1898.

En résumé, pseudarthrose de l'humérus droit au tiers moyen, dont la guérison a été très difficile à obtenir malgré la mise au contact des fragments, la lenteur de la consolidation étant due probablement à des troubles de nutrition dans une région atteinte de traumatisme violent et à l'appauvrissement de la sécrétion osseuse périostique par suite d'opérations successives sur les extrémités fragmentaires.

Ls sujet est jeune, robuste et sans aucune tare diathésique.

M. Quénu. — Il y a deux points à distinguer dans ce que vient de lire M. Robert.

Il y a d'abord la question de coaptation, qui ne pouvait exister à cause de la bandelette musculaire interposée, et certes M. Robert a eu raison d'intervenir pour lever cet obstacle ; il y a ensuite la question de la sécrétion osseuse qui aurait, d'après M. Robert, empêché la consolidation. Or, je ferai remarquer que cette absence de consolidation se rencontre chez bien des malades sans qu'on puisse en reconnaître la cause, sans doute indépendante de la lésion locale. J'apporterai, à la séance suivante, l'observation d'une jeune fille, atteinte d'une fracture qui ne se consolidait pas, et qui, sous l'influence de la thyroïdine, arrive à se consolider. Lorsque la coaptation est parfaite, si la consolidation ne se produit pas, c'est donc là une ressource nouvelle qu'il est bon d'essayer.

M. Picqué. — Ce qui me frappe dans la radiographie, c'est le volume énorme des extrémités osseuses. Je présenterai prochainement un malade qui avait une fracture non consolidée, datant de trois ans ; suivant l'avis de M. Berger, je fis une intervention qui consista à dégager les extrémités osseuses et à faire l'application de périoste de veau. Le malade est encore en traitement, je vous le présenterai.

M. Lucas-Championnière. — M. Robert a fait une opération complexe qui n'a pas réussi ; le jour où il a fait simplement la suture des os après les avoir réséqués, il a eu un bon résultat. La meilleure de toutes les interventions est donc une bonne suture

osseuse pourvu qu'on fasse bien l'avivement. Comme la réparation est toujours lente, on a, par la suture osseuse, une coaptation continue, bien plus parfaite que celle que peut donner un morceau d'os juxtaposé.

M. Robert. — Il y avait une telle séparation des fragments que j'ai craint que la suture ne cassât; c'est pour cela que la première fois j'avais eu recours au tenon osseux.

Présentation d'un cas d'actinomycose.

M. Robert. — Voici un malade atteint d'une affection très rebelle, de diagnostic incertain, qui cependant, d'après M. le professeur Poncet, de Lyon, est un type d'actinomycose cutanée.

La malade atteint de syphilis, en 1880, présente, depuis le mois de novembre 1896, une sorte d'éruption gommeuse, occupant actuellement toute la partie interne et supérieure des cuisses et caractérisée par un suintement abondant de pus jaunâtre qui s'écoule d'orifices multiples lorsque l'on vient à comprimer légèrement les surfaces bourgeonnantes.

Le traitement intensif par l'iodure de potassium et les préparations mercurielles intus et extra n'ont en rien modifié la physionomie et la marche du mal que M. le professeur Fournier avait diagnostiqué de nature franchement spécifique.

C'est en présence de l'opiniâtreté de l'affection réfractaire au traitement rationnel que j'ai songé à l'actinomycose malgré les résultats négatifs des examens histologiques et des cultures.

M. Poncet, qui a bien voulu venir voir le malade au moment du congrès de chirurgie, affirme que c'est bien un cas d'actinomycose et nous a engagé à vous le présenter comme type. Le résultat négatif des cultures est dû suivant lui à la destruction des actinomyces par les infections secondaires.

Il estime que le traitement doit être local et consister à inciser les nombreux trajets et à modifier les surfaces suppurantes par le curettage, la cautérisation et les pansements antiseptiques.

C'est ce que nous avons déjà essayé sur la fesse droite, mais sans résultat bien marqué jusqu'à ce jour.

M. Berger. — Il me semble qu'on prend un peu trop l'habitude de faire le diagnostic d'actinomycose sans examen histologique positif, à Lyon surtout; je le regrette, car cette manière de faire ne peut qu'ajouter aux obscurités de la question.

M. Legueu présente une malade à laquelle il a fait l'*hystérectomie abdominale totale*, avec évidement pelvien pour un cas de cancer utérin. Il a été amené dans cette opération à faire la ligature de l'iliaque primitive du côté gauche et interne du côté droit.

— La présentation de M. Legueu est remise à l'examen de M. Quénu, rapporteur.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade auquel j'ai pratiqué une *amputation ostéoplastique de la jambe*, il y a exactement deux mois. L'application des procédés ostéoplastiques aux amputations de jambe me paraît avoir une grande importance pratique. Mais je ne veux pas aborder aujourd'hui cette question sur laquelle j'ai l'intention de faire prochainement une communication plus étendue. Je veux seulement vous faire constater aujourd'hui que le malade marche sur son moignon sans souffrir.

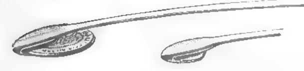
Je lui ai fait construire par M. Collin un petit appareil simple et léger. Il se compose d'un bottillon en cuir moulé, montant jusqu'aux condyles du tibia. Ce bottillon est relié par deux courroies à une jarretière qui entoure la partie inférieure de la cuisse. Ces courroies et cette jarretière sont destinées à empêcher l'appareil de glisser, car dans les mouvements d'extension un peu violents, il pourrait sans cela être lancé au loin. La chose importante, la seule sur laquelle je veuille insister aujourd'hui, c'est que le malade porte sans aucune gêne tout le poids de son corps sur son moignon. Il me dit qu'il a marché hier toute la journée sans ressentir de douleur, ni de fatigue.

Présentation d'instruments.

Crochet pour retirer les pièces de monnaie retenues dans l'œsophage.

M. Kirmisson. — Rien n'est plus fréquent, dans la chirurgie infantile, que d'avoir affaire à des pièces de monnaie (des sous le plus souvent) retenues dans l'œsophage. La radiographie nous a appris que ces pièces, transversalement disposées, s'arrêtent au niveau du rétrécissement que présente à l'état normal l'œsophage derrière la première pièce du sternum. Il existe entre la pièce de

monnaie appliquée contre la paroi antérieure de l'œsophage et la partie postérieure de ce conduit, un espace libre qui, le plus souvent, laisse passage aux aliments et qui permet à un instrument recourbé de passer derrière le corps étranger, de l'accrocher, puis de le ramener en avant dans un mouvement d'extraction. Il est dès lors parfaitement inutile, dans ce cas particulier des pièces de monnaie, d'avoir recours à un instrument aussi volumineux que le panier de Græfe, dont l'introduction est souvent fort difficile, impossible même chez les très jeunes enfants, et qui, en accrochant la partie postérieure du larynx, a provoqué parfois des désordres fort graves. Ce sont ces réflexions qui m'ont conduit à faire construire par M. Collin le crochet que je présente à la Société de chirurgie. Son diamètre antéro-postérieur ne dépasse pas un demi-centimètre, ses contours sont mousses et arrondis, de façon à ne pas accrocher les parois du conduit.



Depuis six mois, ce crochet est employé d'une façon courante à l'hôpital Trousseau ; onze fois, il a servi à l'extraction de pièces de grosseur variable, 1 franc, 5 centimes, 10 centimes, chez des enfants dont l'âge a varié de deux à douze ans. Dans tout les cas, l'extraction a été extrêmement facile.

Dans le premier cas, chez un enfant de deux ans et demi, qui avait avalé une pièce de 5 centimes, on essaya l'extraction avec le panier de Græfe. Il fut impossible de passer au-dessous de la pièce, qui fut retirée facilement avec le crochet.

Le manuel opératoire est très simple :

La tête de l'instrument ayant été dirigée avec l'index gauche derrière le larynx, on enfonçe la tige en faisant suivre à la tête la paroi postérieure de l'œsophage. Pour cela, l'index gauche n'a qu'à s'interposer entre la tige et la paroi postérieure du pharynx. On passe ainsi toujours en arrière de la pièce. Lorsque la tête de l'instrument est parvenue au-dessous de la pièce, on change l'index gauche de place. On le met devant la tige qu'on applique ainsi contre la paroi postérieure du pharynx pendant qu'on retire l'instrument. Le crochet suit la paroi antérieure de l'œsophage et accroche au passage la pièce qui est ramenée au dehors. En suivant ce manuel opératoire, on réussit toujours dès la première tentative.

Dans le dernier cas qui s'est présenté à notre examen, il s'agissait d'une petite fille de trente-trois mois, qui avait avalé un sou le samedi 12 novembre, à 6 heures du soir. Le sixième jour, ven-

dredi matin, 18 novembre, à 11 heures, l'enfant nous fut amenée. L'extraction avec notre crochet réussit immédiatement, dès la première tentative.

M. Lejars présente une valve antérieure pour l'hystérectomie vaginale, valve dont la courbure est disposée de façon à encadrer facilement la symphyse pubienne, et qui retient la vessie, sans le moindre effort de la part de l'aide.

Présentation de pièces.

Tentative de suicide chez une aliénée. Ouverture du ventre. Arrachement de l'épiploon.

M. Picqué présente à ses collègues, à titre de curiosité, la pièce et l'observation suivantes :

Il s'agit d'une aliénée de mon service chirurgical des asiles, atteinte de délire mélancolique d'origine alcoolique avec prédominance d'idées de persécution et impulsion au suicide.

Déjà elle avait fait une tentative de suicide (section du cou).

Dans ces conditions, elle était, depuis son arrivée à l'asile, l'objet d'une surveillance attentive et placée dans un local spécial affecté aux malades de cette catégorie.

Trompant la vigilance de ses gardiennes, très attentives et très dévouées, elle prit une paire de ciseaux qu'une travailleuse de service lui remit et disparut pendant quelques instants.

Le court espace de temps qui s'écoula entre le moment de la disparition et celui où l'on s'en aperçut et où on la ramena dans son quartier, lui permit de se faire une laparotomie véritable consistant dans une ouverture médiane de la ligne blanche au-dessous de l'ombilic et dans l'espace de 4 centimètres.

Elle s'arracha une partie de l'épiploon, d'une étendue de 15 centimètres environ et qui est contenu dans ce bocal.

L'accident était arrivé à midi. Je vis la malade pour la première fois à 8 heures du soir.

La température était de 38°5, le pouls était rapide, la malade avait déjà des vomissements.

L'exploration que je fis me permit de reconnaître qu'il n'existait pas d'hémorrhagie.

Je pratiquai un lavage soigné de la plaie et de la partie adjacente du péritoine. Je suturai la plaie exactement.

La courbe de température ci-jointe montre que la fièvre tomba immédiatement : tous les accidents cessèrent. Dès le quatrième jour, M. Mauclaire, chirurgien adjoint, vit la malade et la trouva dans un excellent état. Aujourd'hui elle est complètement guérie.

M. Ricard présente des pièces provenant d'une malade à laquelle il a fait la laparotomie et a trouvé les trompes supurées et une appendicite indépendante.

M. Delbet. — J'ai eu un cas analogue.

Polype naso-pharyngien

M. Potherat. — Je vous présente un polype naso-pharyngien que j'ai enlevé il y a environ deux mois et demi, chez un grand jeune homme de vingt-deux ans, venu de la campagne.

Les accidents de gêne respiratoire dataient de plus de deux ans. Ces accidents depuis lors n'avaient fait que s'accuser, et en ces derniers temps, le malade, non seulement dormait la bouche ouverte, mais gardait cette attitude même à l'état de veille. La narine droite était complètement oblitérée ; du côté gauche, il passait encore un peu d'air.

Plusieurs hémorrhagies s'étaient produites spontanément, dont une au moins, survenue quelques mois auparavant, n'avait pas laissé que d'être inquiétante. Chose curieuse, ce malade avait régulièrement suivi, pendant neuf mois, le traitement d'un spécialiste, qui ne porta jamais d'autre diagnostic que celui de rhinite chronique.

Las de ce traitement sans aucun résultat, il s'en fut consulter le docteur Chauveau, qui reconnut un polype naso-pharyngien et m'adressa le malade aux fins d'opération.

Ce polype n'était pas encore très volumineux, il refoulait le voile du palais, mais ne le débordait pas au niveau du bord libre ; mais le toucher pharyngien le faisait aisément reconnaître. Il était sessile, inséré nettement sur la basilaire ; le toucher faisait aisément saigner.

Je procédai ici, comme dans les cas que je vous ai lu ici, il y a dix-huit mois. Le malade, chloroformisé à fond, fut placé tête en bas, dans la position de Rose ; je fis l'incision médiane de tout le voile du palais ; je saisis alors le polype avec une pince à abaissement de l'utérus, je passai à la base une anse galvanique, et en quelques minutes, la masse fut enlevée en presque totalité ; cepen-

dant, il restait encore un moignon saillant que je pus reprendre et sectionner de la même manière. Ces manœuvres furent assez difficiles en raison d'une disposition spéciale à cet individu; le palais était extrêmement ogival, de sorte que les manœuvres se faisaient à une grande profondeur. L'hémorrhagie fut sérieuse, mais j'en eus assez vite raison par la compression à l'aide d'un tampon de gaze imprégnée d'eau de Pagliari; je laissai ce tampon pendant 3 jours; l'ayant enlevé à ce moment, j'eus une hémorrhagie encore très sérieuse; je dus refaire un tamponnement qui d'ailleurs tomba de lui-même au bout de 4 jours. Les suites opératoires furent simples; je laissai, bien entendu, le voile ouvert afin de surveiller toute récidive.

C'est ainsi que j'avais procédé dans ma première observation. Je vous ai présenté ici le malade guéri quatre mois après mon intervention. Or, deux mois plus tard, ce malade récidivait nettement et très rapidement; sa tumeur atteignait un volume presque aussi considérable qu'avant toute opération; aujourd'hui, il a une tumeur grosse comme une forte mandarine, faisant une saillie noirâtre. Cette récidive ne m'a pas beaucoup surpris, car l'examen histologique nous avait montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome. Dans ce nouveau cas, l'élément fibreux est beaucoup plus considérable, l'élément cellulaire beaucoup moindre; de sorte que j'espère que le résultat thérapeutique sera meilleur. — L'avenir nous fixera sur ce point.

L'opération, dans mon dernier cas, a été beaucoup plus simple que dans le premier. Je crois que la raison de ce résultat réside dans l'emploi des sections électriques; les manœuvres sont beaucoup plus rapides, l'hémorrhagie moindre, ce qui n'est pas à dédaigner, car chez mon premier malade, je dus rester dans la gorge pendant près de 4 heures, l'hémorrhagie se reproduisant dès que je cessais la compression digitale. — La perte de sang avait été considérable. — Mais pour que la section ne soit pas trop rapide, il faut employer un gros fil, et par conséquent un puissant accumulateur, ou une forte source d'électricité.

M. Picqué. — Je ne crois pas qu'il faille recourir à ce procédé. Dans le service de M. Berger, j'ai eu l'occasion de voir un certain nombre de polypes naso-pharyngiens, nous avons eu des cas où le moindre attouchement déterminait des hémorrhagies graves. Or, la manœuvre que nécessite le placement de cette anse risque fort de donner lieu à des hémorrhagies redoutables. Pour moi, le meilleur moyen d'arrêter les hémorrhagies est d'aller, avec la rugine détacher l'implantation du polype sur l'apophyse basilaire.

M. Kirmisson. — Je m'associe à la remarque de M. Picqué. Comme lui, je crois qu'il ne faut pas faire la section avec l'anse du galvano-cautère, qui risque de laisser de la tumeur ; il vaut mieux ruginer le point d'implantation.

M. Monod. — Je voudrais faire remarquer à M. Potherat que s'il y avait des éléments sarcomateux, il a tort d'appeler cela un polype naso-pharyngien, tumeur qui est constituée par du tissu fibreux. Dans ces cas, il faut craindre de faire une opération parcimonieuse à cause de la récidive.

M. Potherat. — L'usage a consacré cette expression de polype naso-pharyngien, que nous donnons à toute tumeur polypoïde qui fait saillie dans le naso-pharynx, c'est pour cela que j'ai employé ce terme. Quand je sectionne avec l'anse galvanique, j'ai le soin de la placer contre l'apophyse basilaire, ce qui me permet de couper le polype à sa base. La manœuvre que nécessite le placement de cette anse ne brutalise pas beaucoup le polype, et je ne crois pas qu'il y ait à craindre des hémorrhagies, comme le pense M. Picqué.

M. Picqué. — Dans le cas auquel je faisais allusion et que j'ai vu chez M. Berger, le moindre attouchement provoquait des hémorrhagies. Il aurait été impossible de faire sur ce malade la manœuvre de M. Potherat. Nous l'avons opéré avec M. Berger, et par l'ablation rapide à la rugine, nous avons pu enlever le polype sans avoir trop d'hémorrhagie.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.





SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1898

Présidence de M. Berger

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Deux lettres : l'une, de M. Bazy; l'autre, de M. Kirmisson, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Coromilas (d'Athènes), qui envoie à la Société son travail sur l'*Étude sommaire sur la tuberculose*. — Des remerciements lui sont adressés ;

4° Un travail de M. Linon, médecin principal et membre correspondant de la Société : *Luxation sous-glénoïdienne ancienne considérable, etc.* — Le travail sera lu au cours de la séance ;

5° Une observation de M. Marty. — Renvoyée à l'examen de M. Picqué ;

6° Une observation de M. Cahier : *Occlusion aiguë de l'intestin grêle par un diverticule de Meckel. Laparotomie, guérison.* — L'observation sera lue au cours de la séance ;

7° Une lettre de M. Rendu, secrétaire général de la Société des médecins des hôpitaux. Il demande à la Société de chirurgie de vouloir bien se réunir, deux ou trois fois par an, à la Société des médecins des hôpitaux, pour discuter des questions médico-chirurgicales. — Une Commission sera nommée au cours de la séance pour l'examen de cette proposition.

A propos de la correspondance.

M. PICQUÉ présente à la Société : 1° le volume du *XIIe Congrès de chirurgie;*

2° Une observation de M. ISAMBERT (de Dunkerque) : *Kyste congénital de la glande thyroïde. — Ablation. Guérison.*

M. TUFFIER présente un ouvrage de M. POTARCA (de Bucarest), *Sur la chirurgie intra-médiastinale postérieure*, dont il fait hommage à la Société.

M. TUFFIER : Je profite du dépôt sur votre bureau, par M. Picqué, du *compte rendu du Congrès de chirurgie* pour rectifier une erreur qui s'est glissée, à propos de ma communication sur la chirurgie de l'estomac, pendant la mise en page de ce volume, et je remets ici ma statistique qui devait y figurer :

Chirurgie de l'estomac (*Statistique au 1er octobre* 1898). Gastrostomies exceptées.

62 opérations se divisant en : 4 laparotomies exploratrices (libération d'adhérences, etc.) — 8 gastrectomies, — 50 gastro-entérostomies.

I. *Gastrectomies.* — Des 8 résections de l'estomac, 7 ont été faites pour néoplasme de cet organe, 1 pour sténose cicatricielle, suite d'ulcère, presque complète.

Dans 1 cas la résection avait été précédée cinq mois auparavant d'une gastro-entérostomie (jeune femme ayant un rétrécissement pylorique qui avait paru d'abord bénin, mais qui, depuis, s'était montré de nature cancéreuse, d'où résection). Dans 2 autres cas, la résection fut suivie de la gastro-jéjunostomie (au lieu de la gastro-duodénostomie dont elle est suivie dans la majorité des cas).

Les gastrostomies ont donné trois morts opératoires : 1 par shock (malade cachectique), 1 par péritonite par perforation (un fil ayant cédé à la suite d'une imprudence commise dans l'alimentation de la malade), 1 enfin par hémorrhagie.

II. *Gastro-entérostomies.* — Des 50 gastro-entérostomies, 5 ont été faites pour ulcère de l'estomac, 20 pour néoplasmes et 25 pour sténoses pyloriques bénignes (sténoses suites d'ulcère, sténoses d'origine biliaire, 2 ectasies).

Dans 3 cas, comme je l'ai dit plus haut, la gastro-entérostomie avait été précédée ou suivie de résection de l'estomac.

Les 50 gastro-entérostomies m'ont donné un total de 13 morts qui se décomposent comme il suit :

a) Gastro-entérostomies pour ulcères : 2 morts (dans les deux cas, péritonite par perforation de l'ulcère);

b) Gastro-entérostomies pour néoplasme : 10 morts.

Dont 8 survenues par shock ou épuisement chez des malades cachectisés.

— 1 par pleurésie purulente et bronchopneumonie.

— 1 par péritonite suraiguë chez un malade qui, mal surveillé, s'était levé et livré à de violents efforts (d'où éventration).

Je ne parle pas d'une mort chez un malade ayant subi préalablement une résection de l'estomac (v. plus haut), opération à laquelle il faut manifestement attribuer la mort.

c) Gastro-entérostomies pour rétrécissement pylorique bénin : 1 mort sur 25 cas (hémorrhagie).

J'ajouterai 1 cas de *pyloroplastie*, qui fut surtout pratiquée dans un but d'exploration, le pylore étant induré et semblant néoplasique.

M. Berger présente : 1° au nom de M. Roger, d'Agde (Hérault), une observation de *corps étrangers des voies respiratoires*. — Remise à l'examen de M. Félizet ;

2° Au nom de M. Dupratz (de Genève), deux observations :

a) *Incrustation calcaire du canal de l'urèthre à la suite d'injections répétées d'eau de chaux;*

b) *Un cas grave d'anthrax de la face, traité par les injections de sérum de Marmorek. Guérison.*

Renvoyé à une Commission : M. Berger, rapporteur.

M. Michaux présente une observation de M. Veslain (d'Évreux), d'*injection intra-cérébrale d'antitoxine tétanique à la suite du tétanos.*

— Cette observation est remise à l'examen de M. Quénu.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Quénu. — A propos du cas de *pseudarthrose*, communiqué par M. Robert, j'ai fait allusion à l'emploi de la thyroïdine contre les retards de consolidation. Voici une observation caractéristique de mon interne, M. P. Duval :

Fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur droit, fracture sus-condylienne en T. Absence de consolidation après trois mois. Injection de thyroïdine, consolidation rapide.

Jeune fille, vingt-quatre ans. Pas d'antécédents.

Le 23 avril 1898, à huit heures du soir, la malade se tord la jambe en descendant l'escalier; violente douleur, elle veut poser son pied à terre, le membre fléchit et l'extrémité inférieure du fémur perfore les tégu-

ments ; fracture par torsion avec perforation secondaire des ligaments sur la ligne médiane, à quatre centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule.

Deux médecins tentent en vain la réduction.

A minuit on la conduit à l'hôpital.

Fracture compliquée de cuisse au tiers inférieur, saillie du fragment supérieur taillée en biseau aux dépens de la face postérieure, l'os est dépériosté sur une hauteur de trois centimètres. Le genou est énorme, hémarthrose assez considérable, hématome périarticulaire.

Débridement vertical de la plaie, résection de 1 cent. 1/2 du fragment supérieur; la réduction faite, on sent un trait de fracture vertical séparant les deux condyles, extraction d'une esquille à la face postérieure du fémur, contre-ouverture externe, drainage — pansement avec attelle postérieure.

Etat local parfait pendant cinq jours, l'hémarthrose s'est en grande partie résorbée. Extension continue.

28 avril. Suppuration. La face postérieure du fémur est dénudée, l'état du membre est tel bientôt que l'on songe à une amputation. La suppuration dure jusqu'au mois de septembre, c'est-à-dire quatre mois. Après élimination d'une esquille, elle cesse graduellement, disparaît vers le 10 septembre.

A cette époque, aucune trace de consolidation, le membre est ballant.

Le 15 septembre, début du traitement thyroïdien.

Les reins fonctionnent bien, rien au cœur.

Administration de capsules de thyroïdine (vu la température, il était impossible de se procurer du corps thyroïde frais) ; cinq jours de traitement.

Le pouls est toujours resté à 80; seize respirations, les urines à 900 grammes chargées de phosphates. Consolidation telle au bout de ces cinq jours, que le surlendemain, avec un silicate, la malade se lève et marche. Actuellement, la malade marche en s'appuyant sur une canne, elle conserve son silicate à cause de quelques mouvements de latéralité dans son genou.

Je puis rapprocher de cette observation une observation en apparence contradictoire, celle d'une malade que j'opérai pour un goitre exophthalmique en faisant l'extirpation complète du corps thyroïde. Deux ans après, cette malade se fit une fracture bimalléolaire qu'elle consolida en six semaines, mais je dois ajouter que pour des accidents de myxœdème post-opératoire, cette malade prenait régulièrement des capsules de thyroïdine.

J'ai encore en ce moment deux autres malades auxquels je donne la thyroïdine; les observations ne sont pas encore assez complètes pour que je puisse donner les résultats de ce traitement; je les ferai connaître ultérieurement à la Société.

M. Reclus. — Quand M. Duval était dans mon service, il a été

témoin d'une observation remarquable dans cet ordre d'idées. Il y avait alors chez moi un malade porteur d'une pseudarthrose du fémur. Sa cuisse était énorme et nous ne savions pourquoi la consolidation ne s'effectuait pas. Nous étions sur le point de recourir à une opération sanglante quand j'eus l'idée, à la suite de lectures que j'avais faites sur ce sujet de quelques mémoires étrangers, d'administrer à mon malade quelques capsules de thyroïdine. L'effet fut réellement foudroyant : je ne sais plus trop si c'est en cinq jours, comme dans le cas de M. Quénu, mais en très peu de temps, le cal fondit et la consolidation eut lieu.

Je dois dire que, depuis, pour des retards de consolidation, j'ai employé la thyroïdine avec un résultat négatif.

En présence de ces cas contradictoires, je ne saurais tirer des conclusions bien nettes ; cependant, je puis dire que dans un cas de cal exubérant j'ai eu par la thyroïdine un excellent résultat.

Injections antitétaniques intra-cérébrales.

M. Routier. — Le lundi 21 novembre, j'ai été demandé pour traiter un tétanique chez lequel la maladie s'était déclarée le samedi précédent; douze jours après des plaies contuses de la main gauche, section de la phalangette de l'index et plaie de la paume de la main.

Le malade, quand je l'ai vu, avait 120 pulsations, 28 respirations, le trismus était à son maximum, l'opisthotonos très prononcé; le tout était aggravé par un emphysème et de la toux avec impossibilité de cracher.

Il avait eu dans la journée un ou deux accès de spasme de la glotte en buvant.

J'injecte à minuit quatre centimètres cubes de sérum double dans chaque hémisphère cérébral, et 100 grammes de sérum ordinaire sous la peau de l'abdomen, suivant la technique de l'Institut Pasteur, que m'avait très obligeamment montrée M. Borrel.

Après six heures, le malade parut être un peu mieux, mais à minuit, vingt-quatre heures après l'injection, il était mort.

J'apporte ce fait pour faire nombre, et éclairer, si possible, la question encore si obscure de la thérapeutique du tétanos.

Rapport.

Abcès du cervelet consécutif à une otite moyenne suppurée. Intervention. Guérison,

par M. le D[r] Gaudier (de Lille).

Rapport de M. L. PICQUÉ.

Dans le courant de cette année, M. le D[r] Gaudier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, vous a adressé une observation d'abcès du cervelet d'origine otitique et guérie par une intervention chirurgicale.

En voici d'abord le résumé :

Il s'agit d'une fillette de quatre ans adressée à M. Gaudier, par le D[r] Bachelet, de Saint-Omer, pour des accidents cérébraux liés à la présence d'une otite moyenne suppurée.

État de l'enfant. — La tête est inclinée sur le cou à gauche. Il y a de la titubation dans la marche; tous les cinq ou six pas l'enfant tombe du côté gauche, en exécutant un-demi tour sur elle-même. Strabisme interne à gauche. Léger degré de paralysie faciale du même côté.

L'examen de l'oreille gauche démontre l'existence dans le conduit auditif externe d'une masse fongueuse saignant facilement, recouverte d'une couche de pus jaunâtre.

L'apophyse mastoïde est indolore à la pression. Au dire des parents, la lésion de l'oreille remonte à un an, et a été consécutive à un coryza aigu. Depuis, l'écoulement de l'oreille est resté insignifiant.

Les accident récents datent d'une semaine. Les troubles de la marche ont débuté, mais l'enfant ne tombe que depuis trois jours. Le torticolis et le strabisme ne datent que de quarante-huit heures. Il n'existe pas de troubles de la parole. L'alimentation est possible et il n'y a pas de vomissement. Le pouls est petit et rapide. Pas de fièvre.

En présence de ces symptômes, M. Gaudier admet l'existence de complications intra-craniennes d'origine otitique et fait des réserves pour une suppuration du cervelet. Une intervention est acceptée.

Le 13 janvier, M. Gaudier, dans un premier temps, pratique la désinsertion du pavillon et met à nu la mastoïde. Ablation à l'aide de la curette de Wolkman de toutes les fongosités du conduit auditif.

Dans un deuxième temps, la mastoïde est ouverte à la gouge et au maillet; elle est remplie elle-même de fongosités. A l'aide du protecteur de Stacke introduit par la mastoïde jusque dans la caisse il fait sauter toute la partie osseuse intermédiaire. Curettage soigné de toute la région.

A ce moment, il existe une large cavité formée de la réunion de la caisse et de l'antre. M. Gaudier nous dit que le sinus latéral est en haut et en avant, dénudé sur un demi-centimètre environ. Il le pro-

tège avec un tampon de gaze. En nettoyant la partie postérieure et profonde de la cavité mastoïdienne, la curette ramène un petit sequestre et un peu de pus. Il constate alors qu'il existe un abcès extra-dural du volume d'une noisette. Il agrandit alors l'orifice trop étroit pour accéder facilement à cette collection et la vider : il découvre alors la dure-mère qu'il incise. La substance cérébelleuse fait alors hernie entre les lèvres de l'incision et il aperçoit, nous dit-il, à sa surface une gouttelette de pus.

Le stylet introduit à ce niveau conduit dans une cavité de la dimension d'un pois et tout à fait superficielle. Il l'ouvre en dilacérant la subtance nerveuse à l'aide de la sonde cannelée. Cette cavité est drainée.

L'opération à duré trois quarts d'heure. Reposition du pavillon de l'oreille. Pansement compressif. Les suites opératoires ont été très simples. La température n'a pas dépassé 38 degrés. Au huitième jour, l'enfant marchait seule. Le strabisme avait disparu : il ne persistait qu'un léger degré de paralysie faciale.

Le 6 mars, c'est-à-dire un mois et demi après l'intervention, il persiste dans la région mastoïdienne une fistulette en voie d'oblitération. Tous les accidents ont disparu : l'enfant est complètement guérie.

Messieurs, si j'ai tant tardé à vous présenter le rapport que vous m'avez confié, c'est que cette observation m'a paru très intéressante et qu'elle a été pour moi le point de départ de recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales que j'ai entreprises avec le précieux concours de mon collègue et ami M. Mauclaire, et que nous avons présentées au dernier congrès de chirurgie.

Je ne veux pas reprendre devant vous toute cette étude que vous retrouverez dans le volume que j'ai déposé aujourd'hui même sur le bureau de la Société. Je désire attirer seulement votre attention sur quelques points particuliers.

M. Gaudier, en nous présentant son observation, déclare que ces abcès cérébelleux sont très rares ; or, il résulte précisément de nos recherches que, contrairement à l'opinion émise par la plupart des auteurs français à cet égard, les collections purulentes de la loge cérébelleuse sont loin d'être exceptionnelles et qu'elles constituent même une variété importante à côté de celles bien connues aujourd'hui, qui siégent contre l'étage moyen du crâne ou dans le cerveau. Paul Koch, dans un travail important publié à Berlin en 1897, en rapporte 122 cas.

Dans une statistique publiée par moi, en 1892, j'avais d'ailleurs, sur 119 cas, relevé 24 cas d'abcès cérébelleux.

Le siège exact de ces collections est important à connaître au point de vue de l'intervention ; on peut, d'une façon générale, les

distinguer en deux grandes classes, les unes extra-durales, les autres intra-durales.

Dans un mémoire publié en 1892 avec M. Fevrier, j'avais déjà signalé l'importance des premières, dans l'étage moyen du crâne.

Quant à la variété intra-durale, elle se subdivise en deux variétés : les collections péri-cérébelleuses et intra-cérébelleuses.

Toutes ces variétés peuvent d'ailleurs se combiner et fournir alors des collections en bissac ou en étages.

Il semble que le cas de M. Gaudier pourrait rentrer dans cette dernière catégorie, si tant est que le siège indiqué par lui soit rigoureusement exact.

Le siège des abcès extra-duraux a été bien précisé par Grunert, dans un travail publié en 1897.

Sur vingt cas d'abcès extra-duraux observés par ces auteurs, quatorze fois la collection siégeait à la face postérieure du rocher ou de la mastoïde, cinq fois en avant du rocher, et une fois en dos d'âne. On voit donc la fréquence de leur siège sur la face postérieure du rocher, mais elles ont en outre un siège précis sur lequel je reviendrai plus loin.

Les *collections intra-durales péri-cérébelleuses* sont assez rares : elles sont enkystées ou diffuses, comme dans un cas publié par notre président M. Berger, à la Société anatomique en 1869.

En tout cas, elles sont généralement secondaires et consécutives, soit à des collections extra-durales, soit à des collections intra-cérébelleuses.

Les *collections intra-cérébelleuses* sont beaucoup plus fréquentes que les précédentes. La statistique de Korner établit la relation entre la fréquence des abcès cérébelleux ou cérébraux; qu'il me suffise de vous dire, que de vingt et un à trente ans, Korner trouve 35 cas d'abcès cérébelleux (sur un total de 98 cas) contre 23 abcès cérébraux (sur un total de 79 cas).

Rarement il s'agit d'un véritable phlegmon cérébelleux (cérébellite diffuse), plus fréquemment on a affaire à un abcès limité.

Elles peuvent occuper trois sièges bien distincts, et que nous avons représentés sur un schéma annexé à notre travail :

Abcès antéro-interne près du lobe quadrangulaire;

Abcès antéro-externe;

Abcès postéro-interne près du vermis.

Les abcès ostéo-dure-mériens peuvent être schématisés de la même façon, en ce qui concerne leur siège, et cette donnée est très importante pour juger les procédés thérapeutiques qui leur sont applicables.

Ajoutons toutefois que la plus fréquente de ces variétés est l'antéro-externe, c'est-à-dire celle qui siége au voisinage du sinus

sigmoïde, au genou de la gouttière du sinus latéral, ce qui permet de comprendre de suite qu'on puisse aborder l'abcès en contournant le sinus soit en avant, soit en arrière.

Les lésions concomitantes du rocher sont fréquentes; le foyer de nécrose est généralement en regard de la collection purulente : c'est un fait que nous avons déjà signalé avec Fevrier en 1892, à propos des abcès cérébraux. On comprend toute l'importance de ce fait au point de vue pathogénique.

Quant à la phlébite du sinus, elle existe dans la moitié des cas d'abcès du cervelet.

Les *collections en bissac et en étages* constituent la dernière variété que nous ayons à signaler. Elle est souvent la conséquence de la phlébite suppurée du sinus.

La symptomatologie de ces lésions mérite également d'attirer un instant votre attention.

Dans les collections extra-dure-mériennes, on n'observe pas de symptômes de localisation ; ce sont plutôt des signes d'irritation ou de compression encéphalique; c'est-à-dire, des vertiges, des nausées, de la somnolence, des crampes épileptiformes, de la lenteur du pouls, une légère raideur de la nuque, de l'inégalité pupillaire, parfois de la névrite optique.

Chez le malade de Gaudier qui paraît avoir eu une collection extra-durale, nous ne trouvons rien de semblable, et cette absence des symptômes habituels nous paraît pour le moins singulière.

D'autre part, dans les collections intra-cérébelleuses, on observe des symptômes sur lesquels nous avons insisté longuement dans notre mémoire avec M. Mauclaire.

Les vomissements existent dans les deux tiers des cas, les vertiges dans un tiers des cas environ. D'après quelques auteurs, ces vertiges sont giratoires quand le labyrinthe est lésé. La lenteur du pouls est encore un symptôme fréquent que l'on rencontre dans la moitié des cas. Les convulsions, chez l'adulte, indiquent la période terminale de la maladie. Chez les enfants, elles peuvent s'accompagner de grincements de dents, de déviation conjuguée des yeux, de raideur de la nuque, d'opisthotonos. Signalons enfin la photophobie et la crainte.

Sous le nom de syndrome cérébelleux, Aclaud et Ballance, dans un mémoire publié en 1896, dans *St-Thomas hospital's reports* et basé sur 77 cas, ont décrit un ensemble de symptômes comprenant : 1° une paralysie du membre supérieur du côté de la lésion, avec faiblesse musculaire dans les membres inférieurs; 2° une exagération du réflexe rotulien du côté de la lésion ; 3° une déviation conjuguée des yeux du côté opposé à la lésion.

Tous ces divers symptômes, dont je ne vous ai signalé que les plus importants, appartiennent à la période initiale.

La période d'état est caractérisée par de l'abattement, de l'anorexie, des frissons répétés, de la fièvre. Céphalalgie intense, vertiges, somnolence, pouls lent, constipation, mouvements convulsifs, névrite optique. Ce sont, d'ailleurs, tous les symptômes des abcès cérébraux.

La raideur de la nuque est encore fréquente, on peut la rencontrer d'ailleurs dans la phase initiale, et se montre également dans les abcès extra-dure-mériens, la phlébite du sinus, et tous les abcès cérébraux.

Lorsque ces divers symptômes viennent à s'observer chez un malade, comme il en est peu qui soient réellement caractéristiques, le diagnostic ne laisse pas que d'être fort embarrassant pour distinguer les unes des autres les diverses complications intra-craniennes d'origine otique, et pour les séparer également des affections diverses avec lesquelles on pourrait les confondre.

Il n'en est pas moins vrai que l'abcès extra-dure-mérien ou intra-cérébelleux présente des symptômes qui, pour être difficiles à classer et à reporter à leur véritable cause, n'en existent pas moins.

Or, si l'on tient pour exact le diagnostic anatomique de M. Gaudier, il faut reconnaître que les symptômes qu'il a observés ne cadrent guère avec lui. C'est là une singularité que je ne puis expliquer, mais que je signale à votre attention.

(*A suivre.*)

Lecture.

Observation de luxation sous-glénoïdienne ancienne, irréductible, avec fracture du col chirurgical et consolidation vicieuse (la face articulaire en dehors vérifiée par la radiographie.)

par M. LINON,

Médecin Principal de 2e classe à l'Hôpital militaire de Toulouse.

M. le capitaine P..., âgé de quarante-cinq ans environ, entre dans notre service à l'Hôpital militaire de Toulouse, le 5 juillet 1898. Nous constatons une luxation de l'épaule droite sous-glénoïdienne, avec fracture probable du col chirurgical.

Voici les renseignements qui nous sont fournis par le blessé : le 5 mai 1898, chute de cheval sur l'épaule droite; gonflement énorme de l'épaule et du tiers supérieur du bras ; paralysie incom-

plète plus prononcée à l'avant-bras et à la main du côté des fléchisseurs. Le médecin constate une fracture et met une gouttière plâtrée qui est gardée pendant cinq semaines; on pratique alors le massage du membre.

L'impotence du membre continuant à persister, le capitaine P... entre à l'hôpital militaire, où l'on constate l'aplatissement de l'épaule avec abaissement de la tête humérale que l'on trouve à deux travers de doigt environ au-dessous de l'acromion; la tête humérale est très épaissie; l'impotence fonctionnelle du membre est à peu près complète, atrophie du deltoïde et des muscles fléchisseurs de l'avant-bras et de la main, plus particulièrement des muscles à insertion épitrochléenne; troubles trophiques caractérisés par sensation de fourmillement, sueurs froides à la face interne de la main, diminution de l'excitabilité électrique, etc... Toutefois la sensibilité est parfaitement conservée. Ces accidents se sont produits au moment de la chute de cheval et n'ont pas été modifiés depuis.

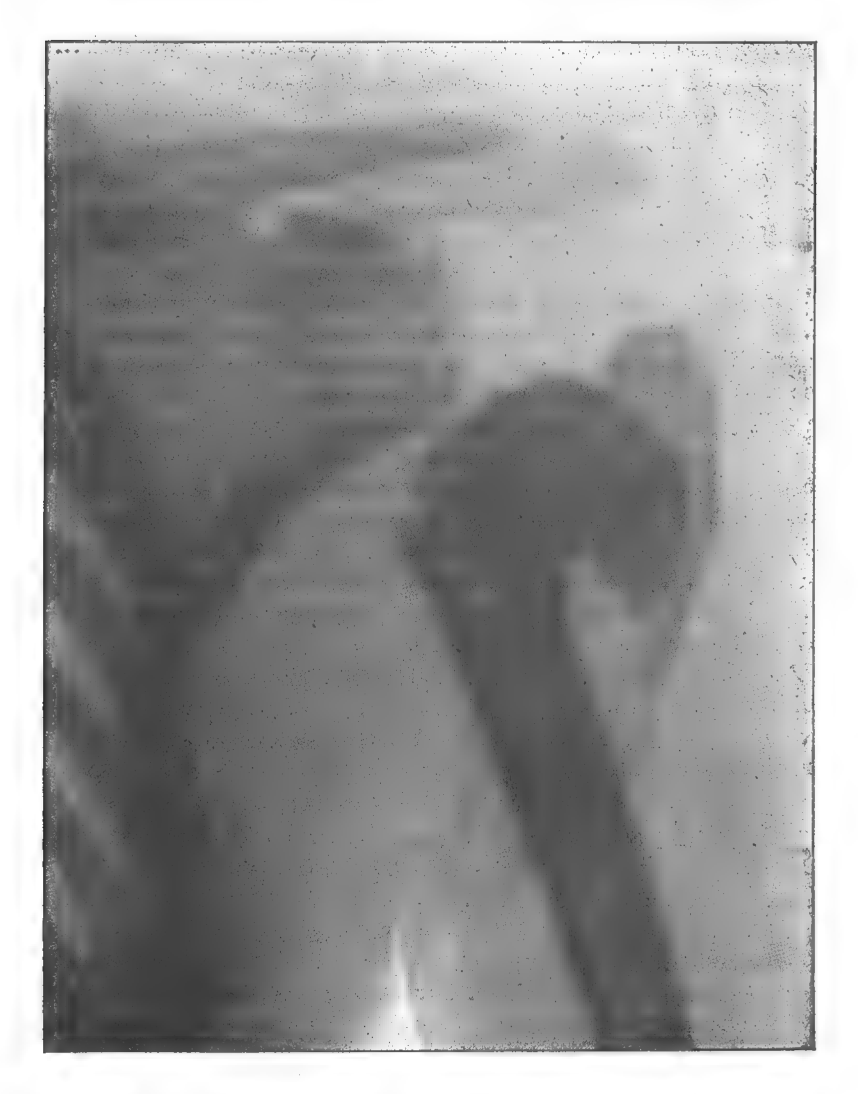
Le lendemain de l'entrée, au 60e jour de la luxation, on cherche à obtenir la réduction de cette luxation sous le chloroforme et avec la traction par les moufles, combinée avec les mouvements de réduction appropriés. Après plusieurs tentatives infructueuses de réduction, pendant lesquelles on n'a pas dépassé le chiffre de 75 kilogrammes du dynamomètre, on y renonce et l'on décide de faire faire l'examen radiographique de la région par M. le Dr Marie, professeur de physique médicale à la Faculté de Médecine de Toulouse. Celui-ci a obtenu le cliché ci-joint et a bien voulu nous donner la note ci-dessous, explicative de la planche radiographique :

L'omoplate est intacte même dans la partie périphérique de la cavité glénoïde. L'humérus est intact, sauf à son extrémité qui a été fracturée. La fracture s'est produite au niveau du col et la consolidation a eu lieu en mauvaise position ; le morceau osseux détaché s'est en effet fixé sur la partie externe du corps de l'humérus. La tête a entraîné avec elle la capsule qui est très visible sur le cliché, probablement parce qu'elle s'est fortement épaissie. Par suite de sa position vicieuse, la tête se trouve maintenant au-dessous et en dehors de la cavité glénoïde. La fracture a donc entraîné en même temps la luxation de l'épaule.

Nous ajouterons que la face articulaire est en dehors, tandis que le bord supero-interne du fragment inférieur de la diaphyse humérale est en contact avec l'extrémité inférieure de la cavité glénoïde.

Cette planche si lumineuse vient confirmer le diagnostic clinique de luxation sous-glénoïdienne avec fracture du col chirur-

gical, mais fait connaître en même temps la cause de l'irréductibilité que rien ne pouvait faire prévoir et que la nécropsie seule aurait pu faire constater avant la découverte des rayons X.



Cette constatation nous fait renoncer naturellement à toute nouvelle tentative de réduction de la luxation et poser immédiatement l'indication possible d'une arthrotomie avec résection de la tête humérale.

Après avoir pris l'avis de notre distingué confrère, nous avons estimé que les troubles paralytiques survenus au moment même

de l'accident ont été provoqués par la contusion ou mieux par l'élongation des nerfs correspondants, comme l'expose M. le professeur Duplay dans une leçon clinique (*Semaine médicale*, 6 avril 1898); aussi mettant de côté l'idée de la compression actuelle du paquet vasculo-nerveux, nous avons renoncé à l'intervention chirurgicale. Nous espérions, en effet, obtenir un résultat aussi satisfaisant par le massage à l'hôpital militaire et l'électrothérapie appliquée par le docteur Marie. La note ci-jointe de notre collaborateur met en relief l'état du malade avant et trois mois après le traitement (massage, électricité statique et faradique).

Etat du malade avant les tentatives de réduction). — « Les muscles deltoïde, surtout dans sa partie antérieure, fléchisseur commun superficiel, grand palmaire, cubital antérieur, fléchisseur propre du pouce, muscles des éminences thénar et hypothénar présentent réaction de dégénérescence. L'excitabilité faradique a disparu; quant à l'excitabilité galvanique, elle se produit pour une intensité de 10 milliampères en moyenne; mais la contraction est très lente et le pôle positif prédominant. Les autres muscles du bras sont normaux. »

Résultats après trois mois de traitement. — « Le deltoïde, qui était le moins atteint, s'est fortement amélioré. Le malade peut soulever son bras de manière à atteindre l'horizontale. Les autres muscles se sont améliorés dans une plus faible proportion; ainsi le malade peut fermer la main à moitié, tandis qu'au début tout mouvement de flexion était impossible. L'amélioration se manifeste encore par ce fait qu'une intensité de 5 à 6 milliampères est maintenant suffisante pour produire l'excitation; mais la contraction musculaire est toujours lente. On peut conclure de ces résultats que l'amélioration continuera à se produire mais que les progrès seront lents. »

Le capitaine a été mis à la retraite et envoyé à Amélie-les-Bains pour terminer sa cure. Les résultats obtenus sont déjà assez satisfaisants et nous espérons, avec M. Marie, qu'ils se complèteront.

Conclusions. — Sans entrer dans le débat pour ou contre l'intervention chirurgicale, qui peut être indispensable dans certains cas, nous estimons, avec M. Hennequin, que les tentatives de réduction sont toujours légitimes et réussissent souvent dans les luxations anciennes de l'épaule; mais notre observation prouve qu'il sera indiqué désormais de faire l'examen radiographique toutes les fois que cela sera possible, avant de procéder aux

tentatives de réduction. Enfin l'amélioration obtenue, malgré notre insuccès pour la réduction et notre abstention chirurgicale, vient à l'appui de la thèse soutenue par M. le professeur Nélaton dans son rapport sur l'observation de M. Delagénière, de Tours.

Occlusion aiguë de l'instestin grêle par un diverticule de Meckel; laparotomie; guérison,

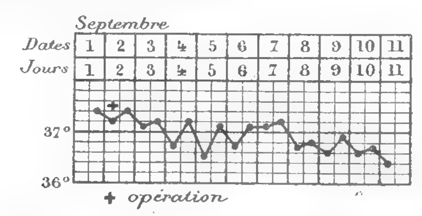
par M. CAHIER (Léon),

Médecin-major de 1re classe, agrégé libre du Val-de-Grâce;
Hôpital militaire de Bayonne.

Cab..., soldat de 2e classe au 49e régiment d'infanterie, vingt-quatre ans, trois ans de service, entré à l'hôpital militaire de Bayonne le 1er septembre 1898 avec le diagnostic : *vomissements, météorisme, coliques, douleurs abdominales*, a été purgé sans résultat.

Rien du côté des antécédents héréditaires, pas de maladie sérieuse avant et depuis son entrée au serviee.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, Cab..., sans avoir fait de repas plus copieux qu'à l'ordinaire, a été pris subitement la nuit de coliques violentes très douloureuses envahissant tout l'abdomen et qui s'accompagnèrent immédiatement de deux vomissements alimentaires. Il fut envoyé à l'infirmerie et traité par un purgatif qui ne produisit aucun résultat ainsi que par des applications locales de cataplasmes laudanisés. Cependant les douleurs abdominales vives et les vomisssements quotidiens répétés plusieurs fois dans la journée persistaient, sans la moindre émission de matière ou de gaz par l'anus; mictions rares et difficiles ; dans la matinée du jour de l'entrée apparurent à deux reprises des vomissements bilieux d'une amertume insupportable en même temps que le météorisme abdominal allait en s'accentuant. Cab... entra à l'hôpital dans l'après-midi du 1er septembre et je le vis environ deux heures après son arrivée.



Cab..., à ce moment présente un certain degré d'affaissement; le facies est terreux, les yeux excavés entourés d'un large cercle bleu violet, la langue couverte d'un enduit jaunâtre ; soif vive, la température est à 37°,4 et chose bizarre, le pouls assez bien frappé ne donne que 48 pulsations alors que dans les conditions ordinaires, comme je

l'ai constaté ultérieurement, il y a chez Cab... environ 80 pulsations.

Du côté de l'abdomen on note les signes suivants : ballonnement assez considérable accentué surtout dans la région sous-ombilicale arrondie en dôme, avec aplatissement relatif dans les flancs; sonorité exagérée dans la même zone avec son particulièrement très clair dans la région sus-pubienne à droite de la ligne blanche; le ventre est très douloureux spontanément; le malade s'agite dans son lit, se plaint et dit préférer la mort à la persistance de l'état dans lequel il se trouve; la pression accentue davantage les douleurs, et cette pression est particulièrement sensible, à droite, à la partie interne de la fosse iliaque droite. Depuis le début des accidents (et jamais auparavant le malade n'avait éprouvé rien d'analogue) la suppression des selles et des gaz est absolue. Le toucher rectal montre que l'ampoule est vide mais que sa cavité est obstruée en partie par une tumeur qui paraît déprimer la paroi supéro-antérieure du rectum de sorte que pour pénétrer dans la cavité rectale il faut diriger fortement le doigt en arrière dans la concavité sacrée; cette tumeur est du reste difficilement limitable; elle est mollasse, demi-tendue, paraît céder en certains points au doigt qui cherche à la repousser, mais en réalité, reste immobile.

La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre dernières heures est très faible; la miction est du reste difficile sans être douloureuse.

Rien à signaler dans les autres organes; les différents points par lesquels peuvent s'engager des hernies sont absolument libres.

Pour les raisons que je donnerai plus loin, je porte le diagnostic suivant : invagination aiguë de l'intestin grêle dans sa portion iléo-colique, et fais administrer, de suite avec une sonde œsophagienne, sans grand espoir, du reste, de réussite, un lavement copieux à l'eau de Seltz qui ne donne aucun résultat; je décide de faire la laparotomie le lendemain, si un grand lavement d'un litre et demi d'eau chaude donné le matin de bonne heure reste inefficace; glace, et extrait thébaïque (1 pilule de 1 centigramme toutes les deux heures), injection de morphine si les douleurs sont trop vives.

La nuit les douleurs vont en s'accentuant; un vomissement, ténesme vésical forçant le malade à se lever plusieurs fois sans qu'il puisse émettre la moindre goutte d'urine; le cathétérisme pratiqué le matin ramène environ 200 grammes de liquide, l'état général n'a pas changé, Pouls à 68, T. 37°,2.

L'opération est pratiquée le 2 à neuf heures du matin, c'est-à-dire dix-huit heures après l'entrée à l'hôpital et trois jours et demi après le début des accidents, avec le seul concours d'un médecin civil le Dr Lasalette qui faisait alors ses vingt-huit jours comme réserviste à l'hôpital et de deux infirmiers du service bien dressés aux pratiques antiseptiques, les médecins militaires de la garnison étant tous partis ce même jour pour les manœuvres.

Opération. — Incision médiane partant de l'ombilic qu'elle contourne à gauche et prolongée jusqu'au bord supérieur du pubis; sitôt la section du péritoine opérée, une anse intestinale dilatée, à peu près grosse

comme le poignet, d'une coloration rouge vineux apparaît au dehors ; une autre de même aspect tend à la suivre et n'est maintenue que difficilement ; dans ces conditions, toute la région étant recouverte de serviettes aseptiques chaudes, je préfère, au lieu de dérouler l'intestin progressivement, faire sortir de l'abdomen et recueillir dans ces serviettes chaudes toute la masse ballonnée qui ne sera pas fixée ; c'est ce qui fut fait en quelques minutes ; l'examen avec l'œil et le doigt de toute la cavité abdominale en fut de beaucoup facilité. Il n'y a rien d'anormal sur le gros intestin qui présente son volume ordinaire, l'appendice est sain, mais du côté interne de la fosse iliaque droite, la main dirigée vers le petit bassin sent une masse d'intestins du volume des deux poings immobilisée fortement à ce niveau ; en l'explorant, nous trouvons une bride que l'index accroche, bride de la grosseur d'un porte-plume, formant un arc de cercle dont la corde aurait une longueur de 8 à 10 centimètres ; son extrémité supérieure se perd en haut dans la masse d'intestin comprimée, tandis que l'extrémité inférieure paraît se fixer en bas sur les parois du bassin vers un point avoisinant le détroit supérieur. J'accroche avec le doigt la bride que je vois difficilement et place sur elle deux pinces entre lesquelles j'opère la section ; l'intestin est dégagé ; je résèque ensuite six centimètres environ du fragment inférieur diverticulaire et ferme la surface de section par un point de Lembert ; en suivant le bout supérieur j'arrive à son point d'implantation à l'intestin et rencontre une disposition rare, l'existence de deux diverticules, l'un du volume et de la dimension de la première phalange du pouce, cylindro-conique, se terminant en cul-de-sac, turgescent, à parois violacées, minces, tendues, se détache à angle obtus de la face latérale de l'intestin ; l'autre, placé à côté du premier, à deux ou trois centimètres de distance, sur la face convexe de l'intestin, constitué aussi par un petit renflement turgescent du volume et de la longueur d'un dé à coudre de femme, s'abouche d'un côté avec l'intestin et de l'autre se termine en un cul-de-sac auquel fait suite la bride agent de l'étranglement. Ces diverticules siégeaient à 25 ou 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale et donnaient à la portion de l'intestin sur laquelle ils s'implantaient un aspect des plus curieux. Je réséquai et fermai ensuite avec un point de Lembert ce fragment supérieur de la bride en respectant les deux expansions diverticulaires turgescentes qui communiquaient à plein canal avec la cavité intestinale.

La rentrée des intestins fut assez pénible et dura 2 ou 4 minutes ; nous dûmes ponctionner une anse avec un gros trocart, ce qui ne donna, du reste, issue qu'à un peu de gaz et à quelques gouttes de liquide fécaloïde qui fut recueilli sur des compresses ; la petite ouverture faite par cette ponction fut fermée par une suture à la Lembert ; néanmoins, en ramassant tout l'intestin dans une serviette dont les bords étaient engagés dans l'abdomen et grâce à des pressions méthodiques, nous arrivâmes assez rapidement à rentrer tout le contenu dans la cavité.

Trois plans de suture, deux profonds à la soie, un superficiel au crin

de Florence; pas de drainage, pansement compressif, injection sous-cutanée de 1 litre de sérum artificiel.

Durée totale de l'opération : 45 minutes; l'opération en elle-même, depuis le moment de l'ouverture du ventre jusqu'au placement des sutures de l'incision, a duré 20 minutes seulement.

L'opéré, reporté dans son lit chauffé, se réveille au bout d'une heure environ; à midi, évacuation de gaz et de matières fécales répandant une odeur fétide; nouvelle évacuation à trois heures; injection de 500 grammes de sérum à six heures du soir. Température, 37°,4. Pouls, 68. Traitement : glace, eau de Seltz avec potion de Todd.

Nuit bonne, le malade urine spontanément; se plaint d'une soif ardente.

Le 3 au matin, état général très satisfaisant; 200 grammes urine rouge, selle liquide et gaz; lait et bouillon glacé et potion de Todd.

Le 4, pas de selles; urine facilement; se plaint d'être trop serré dans son bandage, auquel on ne touche pas; glace, Todd, jus de viande.

Le 5, état excellent; se plaint seulement d'une sensation légère de brûlure dans la partie inférieure du ventre; va à la selle; même régime.

Rien de particulier à noter les jours suivants; au bout de quatre jours le malade prenait du bouillon, du lait, des œufs, des pruneaux.

Le premier pansement fut fait le 12e jour; une partie des crins fut enlevée ce jour-là, le reste le 18e jour.

Quinze jours après l'opération, Cab..., avait repris le régime ordinaire, se levait au bout de 20 jours et sortait de l'hôpital complètement guéri le 30 septembre.

La cicatrice du ventre était parfaite, mais, par mesure de précaution, nous avons recommandé au malade de porter une ceinture un peu serrée pendant 4 ou 5 mois.

L'observation nous paraît comporter avec elle quelques réflexions. Le dianostic porté : invagination aiguë de l'intestin dans la région cæcale, n'était exact qu'en partie, puisque l'étranglement était causé par une bride diverticulaire, mais était juste quant au siège anatomique et topographique de l'occlusion, ce qui a beaucoup facilité les recherches en les circonscrivant immédiatement dans la région iliaque droite.

Ce diagnostic était relativement facile, car le maximum de douleur à la pression siégeait dans cette région iliaque, près de la ligne médiane, et l'intestin grêle seul était ballonné, puisque les flancs étaient applatis. Si les phénomènes avaient présenté une acuité plus grande, on aurait pu serrer de plus près encore le diagnostic, puisque les compressions par brides et diverticules entraînent généralement des phénomènes morbides très aigus; mais il n'en était pas ainsi dans notre cas, qui peut être rapproché des faits de Potier Williamson, Heddoens (1), et comme

(1) Cité dans notre travail : *Les occlusions aiguës de l'intestin*, Rueff, éditeur.

habituellement les invaginations s'accompagnent de phénomènes d'acuité moindre et siègent ordinairement sur la terminaison de l'iléon, quand ce n'est pas sur l'S iliaque, région qui, dans notre cas, pouvait être considérée comme indemne, il était logique de conclure comme nous l'avons fait.

Nous insisterons aussi sur la constatation faite par le toucher rectal d'une tumeur mollasse déprimant la paroi antéro-supérieure du rectum et remplissant en partie la cavité ampullaire. Elle était produite par la masse des anses intestinales comprimées, dilatées et fixées, et il était permis de croire, l'idée de la présence d'une bride étant écartée, qu'elle était constituée par l'ensemble des segments invaginés et invaginait. C'est aussi à la compression exercée plus ou moins directement par la tumeur sur la vessie, qu'il faut rapporter les accidents de ténesme qui furent observés chez le malade.

Walh (1) a signalé un signe excellent, dans nombre d'occlusions aiguës, susceptible de fournir un renseignement précieux, si on a soin de le chercher dès le début des accidents, et qui est le suivant : quand une anse intestinale, plus ou moins étendue, se trouve isolée par l'agent d'étranglement, les gaz se développent tout d'abord dans sa cavité seule, et, comme conséquence, le météorisme apparent se localisera sur elle au début. Qui plus est, maintenue en place par ce même agent de l'incarcération et ne pouvant se vider ni par le bout supérieur, ni par le bout inférieur, cette anse prendra une position fixe au milieu des circonvolutions intestinales encore mobiles et, par la vue, la percussion et surtout par la palpation de l'abdomen, pourra assez facilement être reconnue. Or, ce signe existait en partie dans notre cas, puisque, à la partie interne de la fosse iliaque, la percussion démontrait l'existence d'une zone, à son clair et plus élevé que dans le reste de l'abdomen, et que le toucher rectal faisait constater l'existence d'une tumeur mollasse fixe, constituée par les anses incarcérées et ballonnées.

Il ne semble pas qu'il y ait eu, dans notre cas, lieu de confondre l'occlusion avec d'autres affections : c'était bien à un étranglement interne qu'il fallait songer, étant donné qu'un examen rigoureux des différents points par où l'intestin peut faire hernie à l'extérieur nous avait démontré que tous les orifices étaient libres. Or, c'est là une recherche qu'il ne faut à aucun prix oublier de faire : « toutes les fois, dit Broca, que se manifestent des symptômes locaux ou généraux ayant rapport à l'étranglement, on devra pratiquer l'inspection minutieuse et répétée de toutes

(1) *Centrabl. für chir.*, 1889.

les régions dans lesquelles les hernies peuvent se présenter ».

Cependant la prédominance de certains phénomènes à droite pourrait faire songer à l'existence d'une appendicite; l'appendice, du reste, que nous avons vu au cours de l'opération était absolument sain. Mais le maximum de douleur siégeait en dedans du point d'élection de cette douleur dans le cas d'appendicite, la tumeur sentie par le toucher rectal était médiane et même reportée à gauche; de plus, d'après Talamon et Roux, dans les appendicites perforantes suraiguës, le ventre, loin d'être ballonné, est plat et rétracté.

Nous croyons qu'il n'y avait aucun doute sur la conduite à tenir en présence du cas qui s'offrait à nous; le malade, non opéré, serait mort dans les 48 heures. On pouvait toujours, tout en s'abstenant de purgatif, tenter les grands lavements d'eau chaude ou d'eau de Seltz, voire le lavement électrique, dont l'outillage nous manquait, du reste, et donner l'extrait thébaïque à dose fractionnée; mais si l'emploi réitéré de ces moyens était recommandable dans les premiers jours du début de l'affection, il était inutile d'insister au bout de trois jours pleins. Il fallait donc laparotomiser, opération radicale bien préférable à l'entérotomie, quand le sujet est encore vigoureux et surtout que le diagnostic est établi avec une précision suffisante, comme dans notre cas.

Nous serons bref sur l'opération en elle-même, qui a été relativement facile, car la possibilité de se porter de suite sur le siège connu de l'obstacle, une fois le paquet intestinal sorti presque dans sa totalité, permettait d'aller vite et sûrement. Sans doute le « remballage » des anses sorties présente quelques difficultés et on peut, un moment, en présence de ces paquets d'intestins violacés, ballonnés, tendus, se demander si on arrivera à les réintégrer dans une cavité sans grande ampleur chez l'homme jeune.

De fait les premières tentatives ont été pénibles et j'ai dû ponctionner une anse avec un gros trocart, dans l'espoir de vider le conduit d'une bonne partie des gaz. Je m'empresse d'ajouter que le résultat n'a pas répondu à mon attente; il est sorti très peu de gaz et un peu de liquide fécal; je n'ai pas insisté davantage et j'ai refermé soigneusement la petite ouverture de la ponction avec une suture de Lembert.

Je pense qu'on arriverait plus sûrement au résultat cherché en imitant la conduite de Madelung, Terrier, qui incisent l'intestin sur une longueur de 1 à 2 centimètres et même de 5 à 6 (Madelung), ouvrant ainsi aux gaz une large porte de sortie. Cependant, d'un côté, en faisant soulever par un aide les deux lèvres de l'incision, garnies de pinces, ce qui donne à la plaie la forme d'un enton-

noir, de l'autre en enveloppant la masse à réduire d'une serviette dont tout le pourtour fut engagé dans le ventre, nous arrivâmes assez rapidement, en quelques minutes, à réintégrer l'intestin dans sa cavité; les points de suture profonds furent placés de suite et la serviette retirée quand la plaie ne présenta plus que 4 à 5 centimètres d'étendue.

N'oublions pas en terminant de recommander les injections sous-cutanées de sérum artificiel qui, après toute laparotomie, relèvent notablement les forces du malade et s'opposent efficacement à l'apparition possible de phénomènes de collapsus.

Discussion.

Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse aiguë.

M. Potherat. — A la suite de la communication de mon ami Lejars, plusieurs de nos collègues ont pris la parole, et quelques-uns, M. Bousquet entre autres, me paraissent avoir fait dévier quelque peu la question exposée devant nous.

En effet, M. Lejars n'a pas envisagé la péritonite tuberculeuse dans son ensemble. Celle-ci revêt deux formes distinctes ; une forme *chronique*, tantôt *ascitique*, tantôt *sèche*, mais toujours sans retentissement, presque sans douleur, simulant l'ascite de la cirrhose atrophique dans le premier cas, les noyaux néoplasiques de la péritonite cancéreuse dans le second cas.

La tuberculose péritonéale revêt une autre forme, forme *aiguë*, s'accompagnant de douleurs vives, souvent d'inappétence et même de nausées, parfois de vomissements, donnant naissance à un ballonnement intermittent qui peut devenir énorme en très peu de temps, enfin présentant une élévation thermique toujours manifeste, souvent considérable. Il s'agit ici d'une vraie péritonite, dont la tuberculose est l'origine, mais d'une péritonite aiguë, s'accompagnant de l'état parétique de l'intestin, qui peut simuler, par le ballonnement et l'arrêt relatif des matières et des gaz, une occlusion intestinale ; parfois même, le complexus symptomatique étant plus aigu encore, on conçoit aisément, qu'indirectement, le diagnostic puisse être conduit dans une voie erronée et qu'une péritonite tuberculeuse aiguë puisse être prise pour une appendicite ; tel le fait de M. Lejars.

Je laisse de côté ce qui concerne l'intervention chirurgicale par laparotomie dans la forme chronique, bien que j'aie nombre de fois pratiqué, plusieurs fois avec succès, cette intervention.

Je veux rester sur le terrain choisi par M. Lejars, de la forme *aiguë*, et vous apporter trois cas personnels ayant trait à une jeune femme de vingt-cinq ans, à un petit garçon de dix ans et à une jeune fille de vingt-quatre ans, opérés, la première le 11 décembre 1896, le second le 6 avril 1897, la troisième le 5 février 1898.

Dans ces trois cas, il s'agissait de péritonite aiguë, ayant pour cause la tuberculisation du péritoine; toutefois, le processus, dans aucun cas, n'avait atteint l'état suraigu observé chez le second malade de M. Lejars.

Je ne vous parlerai que très brièvement de ma première malade ; je l'ai présentée ici dans la séance du 9 juin 1897. Vous avez pu juger de son état de santé et de son bel aspect, très différents de ce qu'elle était quand je l'opérai, six mois auparavant. Maigre alors, véritablement décharnée, sans appétit, elle souffrait vaguement du ventre depuis un an environ, sans que son médecin eût pu découvrir la cause de ses souffrances et de son dépérissement. Elle ne toussait pas, ne présentait aucun signe physique de tuberculose ; mais elle avait vu en très peu de jours son ventre prendre un développement énorme, avec une constipation opiniâtre et une température oscillant entre 38 degrés et quelques dixièmes le matin et 39°,5 le soir. Quand je la vis, le ventre était énorme, tendu, très sonore partout, sauf dans les parties latérales et inférieures; le toucher vaginal ne révélait rien d'anormal dans l'appareil génital et, en procédant par exclusion, j'avais été amené à porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Je fis donc la laparotomie, qui donna issue à une quantité très notable de sérosité, et je constatai que le péritoine pariétal sous-ombilical était parsemé de myriades de granulations transparentes ou opaques, plus abondantes sur le péritoine pelvien, très confluentes au niveau des annexes, de sorte que je crus bien faire en enlevant celles-ci, après destruction des nombreuses adhérences qu'elles avaient contractées. Je me fis cette réflexion, qu'enlever les annexes, c'était supprimer un important foyer de tuberculose, et aussi que supprimer des règles pourrait, peut-être, amener une pléthore favorable à la transformation fibreuse des autres lésions tuberculeuses.

Je ne sais si ce raisonnement est en accord avec la réalité des faits ; toujours est-il que, sans lavage du péritoine, j'obtins une guérison prompte. Il n'y eut pas reproduction de liquide ; la malade engraissa rapidement, prit un teint frais et coloré et eut bientôt les apparences de la santé la plus florissante. Vers la fin de l'année dernière, je lui donnai le conseil de retourner à la campagne, dans sa province ; j'ai eu d'elle des nouvelles assez

récentes ; son état de santé se maintient aussi satisfaisant que possible.

Mon second malade, âgé de dix ans, était un pauvre petit garçon qui, depuis quelques mois, maigrissant rapidement sans que l'on pût savoir pourquoi, était arrivé à une émaciation excessive. Quand je le vis, il était littéralement décharné et cependant ne présentait aucun signe physique de tuberculose pulmonaire. Toute l'attention, dans ce cas, se concentrait vers l'abdomen qui en huit jours était devenu ballonné, surdistendu, avec sonorité excessive, constipation opiniâtre, nausées et même vomissements verdâtres ; la température atteignait près de 40 degrés chaque soir. Je portai le diagnostic de péritonite tuberculeuse aiguë et un pronostic très sombre, naturellement.

Ce petit malade était le dernier de plusieurs enfants ; les parents me supplièrent de tenter quelque chose pour le sauver. Je fis la laparotomie ; je trouvai un péritoine très épaissi, semé de granulations confluentes, surtout sur le péritoine pelvien, un peu plus disséminées sur les anses intestinales distendues, congestionnées, non adhérentes. Quelques cuillerées seulement d'une sérosité louche baignaient les anses de l'intestin ; les ganglions mésentériques sont augmentés de volume, et durs. Ici encore je ne fis pas de lavage ; j'épongeai aussi complètement que possible le liquide et je fermai la paroi abdominale par une suture à trois plans.

Il y eut d'abord une amélioration sensible, la fièvre tomba, le ventre diminua, il fut possible d'alimenter l'enfant. Opéré le 6 avril, il pouvait 15 jours plus tard rentrer chez lui. Mais cette amélioration ne se maintint pas plus de six semaines ; les phénomènes reprirent peu à peu, d'une manière moins aiguë, mais inexorablement progressive, leur marche envahissante, et trois mois après son opération, l'enfant succombait dans le marasme, sans tuberculisation pulmonaire.

Le troisième cas est plus récent. C'est celui d'une domestique de vingt-quatre ans, que je vis pour la première fois le 13 novembre 1897. Elle présentait des douleurs de ventre, et son abdomen avait un peu grossi. Sa maîtresse, se demandant si elle était enceinte, l'avait interrogée dans ce sens et avait obtenu les dénégations les plus formelles. Malgré un examen approfondi, je ne pus m'expliquer la cause des douleurs observées ; je constatai, du reste, que les dénégations de la malade sur l'existence d'une grossesse étaient absolument justifiées. Je la revois en décembre ; l'état est le même, sauf qu'ayant été examinée à deux reprises, le toucher vaginal est possible, et l'utérus et ses annexes paraissent normaux. Le ventre est certainement développé d'une façon un peu anormale, mais il est plutôt flasque que tendu.

A la fin de décembre, apparaît un écoulement leucorrhéique abondant, mais blanc, n'offrant pas les caractères du pus blennorrhagique, et d'ailleurs, la malade affirme n'avoir pas eu de rapports sexuels. Cependant elle entre à Necker dans le service de notre collègue Routier, où on lui prescrit des injections vaginales au permanganate, à la suite desquelles l'écoulement a diminué. Il existe à peine quand elle entre dans mon service, à la fin de janvier dernier. Je regrette de n'avoir pas recueilli cet écoulement et de ne l'avoir pas inoculé.

Quoi qu'il en soit, quand elle vint me trouver, son ventre avait en quelques jours pris un développement rapide; elle avait une température qui atteignait 39 degrés le soir, des vomissements bilieux, de la constipation avec du tympanisme partout, sauf dans les flancs qui, élargis, étaient submats à la percussion. En outre, il y avait eu, dans les dernières semaines, un amaigrissement très rapide. C'est ce qui me fit porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse aiguë, et le 5 février, je fis la laparotomie. Il s'écoule en abondance de la sérosité louche. Le péritoine est tapissé de granulations claires ou jaunâtres extrêmement abondantes, surtout sur le péritoine pelvien. L'utérus et les annexes en sont littéralement farcis; mais si abondantes que soient ces granulations, elles conservent toujours et partout la forme miliaire. Les granulations sont peu abondantes sur le péritoine de l'intestin; celui-ci est coloré et distendu. Le grand épiploon, épaissi, contient aussi d'abondantes granulations d'autant plus confluentes qu'on se rapproche de son bord libre. Ici encore, j'évacuai le liquide, épongeant avec soin pour sécher le mieux possible la cavité abdominale, je laissai les anses. Elles étaient ici très adhérentes et je craignis en les décollant d'ouvrir des voies trop nombreuses à une auto-inoculation. Le ventre fut refermé par une suture à triple étage.

Les suites opératoires furent très simples; au bout de quelques jours, la température était revenue à la normale et l'état général s'améliorait. En avril cependant, il y eut une petite poussée. Nous vîmes reparaître de la fièvre et du ballonnement. Cet état dura deux semaines, puis survint une atténuation lente, mais progressive, des accidents, et depuis lors l'amélioration se maintient; en même temps que le ventre, qui n'est plus douloureux, est revenu à des dimensions voisines de la normale, l'appétit s'est développé, l'engraissement est manifeste, l'apparence extérieure satisfaisante. Toutefois ici, l'amélioration n'est ni aussi rapide ni aussi parfaite que chez ma première malade. Toutefois, depuis trois mois qu'elle est à la campagne, l'état s'est rapidement et favorablement transformé.

Ces trois faits confirment les conclusions de M. Lejars. Ils montrent en effet que dans la tuberculose miliaire du péritoine comme dans la tuberculose en plaques, dans la péritonite tuberculeuse aiguë comme dans la péritonite chronique, l'intervention chirurgicale par la laparotomie mérite d'être préconisée. Bien que nous ne sachions pas d'une façon précise son mode d'action, cette intervention peut amener, même dans les cas les plus graves, une amélioration momentanée, durable souvent, définitive, au moins en apparence, dans quelques cas.

Je voudrais en même temps, et à propos de ces cas, insister rapidement sur deux constatations que j'ai faites et que vous avez, sans doute, tous faites. L'une a trait à la distribution des lésions. Dans mes trois cas, j'ai constaté que les granulations tuberculeuses, absentes ou rares sur le péritoine sus-ombilical, étaient plus abondantes sur le péritoine sous-ombilical, et d'autant plus abondantes qu'on se rapprochait du péritoine pelvien. Sur celui-ci, et en particulier sur les organes génitaux internes chez la femme, elles atteignent leur maximum de confluence. Elles m'ont paru aussi moins abondantes sur le péritoine de la paroi postérieure que sur celui de la paroi antérieure.

L'autre constatation a trait à la réunion de la plaie opératoire. Celle-ci est souvent entravée, soit qu'il y ait une action anaplastique du liquide péritonéal, soit qu'il se fasse une tuberculisation des lèvres de l'incision. Mais dans les formes chroniques comme dans les formes aiguës, j'ai vu souvent persister une fistule de la paroi. J'ai observé l'élimination des fils de la paroi, voire même, dans un cas, des fils profonds laissés sur les pédicules tubo-ovariens. C'était chez ma première malade. Ma deuxième malade a eu une réunion complète immédiate, mais le petit garçon a eu une désunion tardive, étendue de sa plaie, laissant à découvert le plan péritonéal, qui, lui, s'était maintenu réuni.

Cette désunion, ces fistules persistantes ne peuvent être mises sur le compte d'une technique défectueuse; elles peuvent s'observer avec une technique inattaquable; la cause en est dans le contact du liquide péritonéal avec la tranche d'incision ou dans la tuberculisation consécutive de la paroi abdominale par auto-inoculation.

M. Berger. — Je voudrais vous rappeler que la discussion n'est pas ouverte sur le traitement de la péritonite tuberculeuse, mais sur le diagnostic différentiel de l'appendicite avec la péritonite tuberculeuse.

M. Broca. — Dans le débat actuel, les premiers cas envi-

sagés sont ceux où, sans symptômes préalables de péritonite tuberculeuse, le chirurgien voit éclater des accidents d'occlusion intestinale dont la laparotomie lui révèle la cause.

Parmi ces cas, il faut distinguer d'abord ceux où, très nettement, il n'y a eu aucun symptôme abdominal préalable. Il en était ainsi chez un enfant dont je vous ai déjà entretenu : opérant au cinquième jour une occlusion aiguë, j'ai trouvé l'intestin étranglé par une bride épiploïque adhérente par sa pointe ; le péritoine était parsemé de nombreuses granulations tuberculeuses (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1897, p. 684. obs. IV). Peut-être la tuberculose était-elle aussi en cause chez une jeune femme (*ibid.*, obs. VII) dont l'intestin était coudé par des adhérences multiples et couvert de granulations au moins suspectes ; j'ajouterai qu'hier cette jeune femme continuait à se porter à merveille.

J'ai souvenir d'avoir commis une fois, sans réserves, l'erreur entre une péritonite tuberculeuse et une appendicite. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, chez laquelle avaient débuté des accidents péritonéaux brusques, avec masse empâtée et douloureuse un peu à droite de l'ombilic. Il y avait bien un passé de coliques, de troubles intestinaux mal caractérisés ; il y avait bien des antécédents héréditaires de tuberculose. Mais en présence de l'état local, je conclus à l'appendicite et, quelques jours après, la fièvre persistant, je fis la laparotomie : je tombai sur un foyer d'adhérences plus que suspectes et je m'en tins là. L'enfant ne fut pas améliorée et, après quelques semaines, elle succomba, après avoir eu tardivement une fistule stercorale. Un cobaye inoculé devint tuberculeux.

Chez un autre enfant, que m'a fait opérer à Trousseau mon ami Netter, nous discutâmes longuement entre les deux diagnostics et nous restâmes dans le doute. L'incision démontra une péritonite bacillaire avec adhérences et l'enfant mourut en trois mois environ.

L'erreur, sans doute, peut être évitée assez souvent quand on a bien l'habitude de l'appendicite. Ainsi, le 24 mars 1893, je fus appelé d'urgence à l'hôpital Trousseau pour un enfant de huit ans chez lequel existaient, depuis sept jours, des accidents péritonéaux à début brusque, avec météorisme, alternatives de diarrhée et de constipation. L'interne de garde avait cru à de l'appendicite. Mais je ne trouvai rien de gros dans la fosse iliaque, le météorisme rendant d'ailleurs l'exploration peu nette ; la douleur à la pression était diffuse et, en raison d'accidents abdominaux assez accusés (deux ans de date), avec augmentation de volume du ventre, je conclus à une péritonite tuberculeuse. Un doute étant permis, j'incisai sur la fosse iliaque : l'appendice était sain et je

trouvai, vers l'ombilic et à gauche, des nodosités et des adhérences. Réunion sans lavage ni drainage.

Le ballonnement a vite cessé, la fièvre est tombée et, au bout d'un mois, l'enfant sortait, opératoirement guéri. Il a continué à s'améliorer; les nodosités, faciles à percevoir après cessation du météorisme, se sont résorbées; depuis 1895, le ventre est souple ; j'ai revu l'enfant guéri il y a cinq à six mois.

Dans le doute, même dans ce dernier cas où mon diagnostic était presque ferme, j'ai opéré, pour être bien sûr de ne pas méconnaître une appendicite, car l'erreur inverse de celle que nous venons d'étudier existe, et je n'ai pas besoin de dire combien elle est préjudiciable. Il y a douze ans, j'ai vu mourir, sous l'étiquette péritonite tuberculeuse, un garçonnet dont maintenant, quand je me remémore son histoire, j'attribue la mort à une appendicite. Là, je ne suis en rien responsable de l'erreur de diagnostic. Mais en 1889, je l'ai commise pour mon propre compte et, trop tardivement, j'ai incisé. Il faut donc retenir qu'il y a des appendicites à très gros foyer qui marchent très lentement et qui simulent la péritonite tuberculeuse. Et quelquefois on reste dans le doute jusqu'au bout. Il y a quelques mois, j'ai ouvert, dans la fosse iliaque gauche, un énorme abcès à pus d'aspect appendiculaire, chez un enfant qu'on avait, pendant quatre mois, soigné pour une péritonite tuberculeuse, d'ailleurs bizarre. En trois mois, l'enfant est mort cachectique et, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée, je me déclare incapable de trancher le diagnostic.

M. Tuffier. — Je désire, à propos des accidents de péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite, vous signaler deux faits de *péri-appendicite* que je crois *tuberculeuse* sans tuberculose de l'appendice lui-même. Dans les deux cas, la maladie a présenté tous les signes d'une appendicite aiguë à forme de péritonite localisée, et dans les deux cas, les lésions constatées pendant l'opération paraissaient bien tuberculeuses, et dans l'un deux, l'examen histologique a confirmé la notion de tuberculose du péritoine, du méso-appendice et des ganglions, sans lésions tuberculeuses de l'appendice. Je crois qu'il peut s'agir ici de *péritonite tuberculeuse péri-appendiculaire*, et nous avons peut-être dans ce processus un des modes de début de la tuberculose péritonéale.

Le premier fait a trait à une jeune fille de vingt et un ans, grande, maigre, ayant présenté dans son enfance des signes d'induration du sommet pulmonaire droit, dont il ne reste plus de traces actuellement. Je l'ai opérée le 17 mai 1897, pour une appendicite à froid. En août 1896, elle avait présenté des accidents douloureux fugaces dans la fosse iliaque droite, et depuis

cette époque, elle avait eu deux crises légères d'appendicite. En mai 1897, mes collègues Chauffard et Bouilly, et moi-même, avions suivi la phase aiguë et péritonitique classique d'une appendicite, que nous laissâmes s'éteindre. Pendant l'opération, je trouvai au niveau de l'appendice de gros noyaux arrondis jaune caséeux occupant le péritoine pariétal près du cæcum, les franges épiploïques cæcales et le méso-appendice. Je réséquai l'appendice et je fermai à la Lembert l'orifice intestinal.

J'enlevai les masses caséeuses, je cautérisai le tout au thermo-cautère. Le cæcum était souple sans induration, et sans aucune lésion apparente.

Ma malade guérit sans incident. Depuis dix-huit mois, elle n'a eu aucune trace de tuberculose péritonéale et actuellement elle mène à bien une grossesse.

L'examen histologique des masses caséeuses n'a pu être pratiqué et je ne puis donner ici que notre conviction à tous qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses. Quant à l'appendice, voici l'examen qu'en a fait M. Chaillous au laboratoire de M. Chauffard.

Examen de M. Chaillous, au laboratoire de M. Chauffard.

L'appendice, fixé à l'alcool, est inclus dans le collodion, coloré à l'éosine et à l'hématoxyline. Les coupes sont faites en séries, de l'extrémité libre vers l'extrémité cæcale.

L'examen des différentes coupes, à un faible grossissement, permet de voir que la lumière de l'appendice, bien que très rétrécie à sa partie moyenne, n'est pas oblitérée. Les parois sont épaissies; l'hypertrophie semble surtout porter sur la sous-muqueuse.

L'*extrémité libre de l'appendice* et la portion avoisinante sont plus hypertrophiées que le reste de l'organe. Les parois mesurent, dans cette région, 5 millimètres d'épaisseur.

La *muqueuse* est infiltrée de quelques éléments embryonnaires : son épithélium est en bon état, les noyaux des cellules se colorent bien, ses glandes sont allongées et dilatées. Les follicules sont peu hypertrophiés.

La *sous-muqueuse* est trois fois plus épaisse qu'à l'état normal; au milieu d'un tissu conjonctivo-fibreux se trouvent quelques alvéoles graisseux. Les capillaires et les lymphatiques sont dilatés, quelques-uns sont entourés de petits amas de cellules rondes ou sont obstrués par des leucocytes.

La *couche musculaire* est également infiltrée d'éléments embryonnaires; néanmoins, elle est à peine dissociée.

La *couche sous-péritonéale* contient aussi de nombreux vaisseaux dilatés, des amas cellulaires, de nombreux globules rouges extravasés.

Dans la portion moyenne, la lumière est très rétrécie. L'épithélium de

la muqueuse est conservé; les glandes sont atrophiées ou ont disparu, les follicules clos sont volumineux. Les lésions de la sous-muqueuse et celles de la couche musculaire sont identiques à celles que nous avons décrites plus haut.

Dans la portion de l'appendice qui se rapproche du cæcum, les follicules clos sont hypertrophiés, quelques-uns font saillie dans la cavité. Le chorion muqueux est très infiltré par les éléments embryonnaires qui se répandent dans la sous-muqueuse, formant de longues traînées.

Le méso-appendice est infiltré de graisse, de cellules embryonnaires, de globules rouges. Les vaisseaux, très dilatés, ont des parois épaisses. La dilatation des vaisseaux et l'extravasation des globules rouges se trouvent d'ailleurs dans tous les appendices enlevés chirurgicalement et doivent être dues au traumatisme opératoire.

Nous avons recherché, avec le plus grand soin, les cellules géantes, surtout dans les follicules et au voisinage des vaisseaux; nous n'en avons pas rencontré. La muqueuse ne présentait pas de lésions pouvant faire penser à la tuberculose. La recherche des bacilles de Koch, dans les coupes, n'a pu être faite.

A quelques jours de là, j'ai opéré, pour une appendicite à froid, dans mon service de la Pitié, une enfant de dix ans.

Elle présentait, depuis huit mois, des douleurs dans la fosse iliaque droite. Six semaines avant son entrée, elle avait eu une poussée aiguë.

L'opération, pratiquée le 13 mai, me fait trouver dans la fosse iliaque une surface épaissie, indurée, jaunâtre, qu'on incise et qui est le péritoine pariétal épaissi, formant une plaque à indurations jaunâtres.

Le cæcum adhérent à l'épiploon et à l'appendice, formant une masse dure. En décollant l'appendice, on s'assure qu'il est uni au cæcum par une matière jaunâtre caséeuse. On résèque l'épiploon et l'appendice, on touche au thermo-cautère la partie sectionnée. On fait la cautérisation très profonde de la muqueuse. On ferme l'appendice en bouchon de champagne, puis on l'enferme sous une suture à la Lembert.

On cautérise au fer rouge toute la surface cæcale adhérente, et on s'assure que les épaississements constatés dans son épaisseur ne dépassent pas la partie superficielle du cæcum. On résèque le péritoine dans toute l'étendue des adhérences et on y trouve de nombreux foyers d'induration jaunâtres, puis on procède à la suture de cette perte de substance. On fait ensuite l'extirpation de tous les ganglions rétro-cæcaux remontant jusqu'à la symphyse sacro-iliaque.

Fermeture de la paroi au catgut. Pas de drainage.

Pièces anatomiques. — L'appendice présente en son milieu une induration fibreuse, la séparant nettement en deux parties, l'une, saillante, globuleuse à l'extrémité; l'autre, prise par l'appendice, paraissant normale au-dessus.

On recherche la perméabilité de l'appendice, d'abord avec un stylet, puis avec un crin, mais on est toujours arrêté au niveau du noyau fibreux.

On ouvre la cavité aux ciseaux et on trouve nettement que la muqueuse s'arrête au niveau du noyau induré sur une longueur de 4 à 5 millimètres.

L'extrémité de l'appendice est arrondie et, dans la cavité, on trouve un peu de liquide presque transparent. La muqueuse est saine, non vascularisée.

2. *Ganglions.* — Ils sont au nombre de cinq et de la grosseur d'une fève. A leur ouverture, deux présentent dans leur milieu quelques foyers hémorrhagiques, perdus dans une substance grisâtre. Mais dans aucun d'eux on ne trouve de noyaux tuberculeux.

3. *Péritoine.* — La portion du péritoine enlevée présente, à la coupe, des noyaux caséeux, très nets, probablement de nature tuberculeux.

Les pièces anatomiques ont été dessinées et confiées à M. Macaigne, chef du laboratoire des hôpitaux, pour leur étude histologique.

Examen de ganglions et d'un fragment péritonéal. — Le ganglion est farci de follicules tuberculeux typiques avec cellules géantes. Je n'y ai pas pu colorer les bacilles de Koch, mais l'examen histologique suffit ici pour imposer le diagnostic de tuberculose.

Examen d'un appendice. — Cet appendice a été coupé en quatre points de sa longueur. Chacun de ces points a fourni sur les coupes à peu près le même aspect, avec simplement une différence dans l'intensité des lésions de la muqueuse.

Les lésions consistent essentiellement dans une folliculité intense.

Au premier degré les follicules sont hypertrophiés et gorgés de petites cellules inflammatoires.

Puis leur inflammation devient assez intense et peu s'en faut que les follicules désagrégés ne se fassent jour et ne vident leur contenu dans la lumière du canal appendiculaire. Certaines coupes montrent même à la place des follicules une cavité, mais cela doit résulter d'un artifice de préparation. Quant à la muqueuse, elle est épaissie, enflammée, mais sa couronne de glandes est généralement intacte, les glandes sont séparées par des bandes d'infiltrations embryonnaires épaissies.

La paroi musculaire est épaissie et non dissociée. Mais dans certains interstices musculaires, on voit cheminer d'autres traînées embryonnaires, révélant la lymphangite à direction centrifuge.

Ces traînées de lymphangite aboutissent à des amas inflammatoires sous-péritonéaux.

Au microscope, elle correspond à un épaississement amprutif en voie d'organisation, et on assiste là à la formation d'une nappe de tissu fibro-vasculaire dont on voit le stade initial aux dépens d'une simple infiltration inflammatoire. Là aussi, existent des foyers sanguins dont

les caillots, envahis par les cellules vaso-formatives, commencent à subir l'organisation et la transformation conjonctives.

La couche celluleuse sous-muqueuse montre des faisceauxc onjonctifs assez épais, ce qui indique un processus déjà ancien.

Pas trace de tuberculose.

M. Walther. — Je demanderai à M. Tuffier si l'examen histologique a été fait.

M. Tuffier. — L'examen histologique a été fait : on a trouvé les éléments morphologiques de la tuberculose et pas le bacille de Koch.

M. Walther. — Si je fais cette question à M. Tuffier, c'est qu'on peut trouver dans un péritoine enflammé des granulations qui ne relèvent pas de la tuberculose : c'est ainsi que chez un malade j'avais trouvé des granulations, j'en fis faire l'examen histologique par mon ami Letulle, qui ne trouva pas de lésion de tuberculose, mais seulement d'inflammation simple.

M. Quénu. — Il est bien certain que la péritonite tuberculeuse partielle n'a de raison d'exister que si un organe voisin est atteint : soit l'appendice, soit les trompes; si l'appendice n'était pas pris, je demanderais à M. Tuffier s'il a fait l'examen des annexes. Il serait bon, en effet, de mentionner cet examen dans l'observation.

M. Tuffier. — Je répondrai à M. Walther que s'il peut, pour la première observation, exister des doutes au point de vue de la tuberculose, il ne saurait en subsister pour la seconde où on a trouvé des follicules tuberculeux typiques avec cellules géantes.

A M. Quénu, je répondrai que si je n'ai pas fait l'examen des trompes, la jeune fille que j'ai opérée est devenue femme, a eu des enfants; il est donc probable qu'il n'existait rien de ce côté.

Présentations de malades.

Lithiase vésiculaire. Coliques hépatiques très violentes et continuelles depuis dix-huit ans. Cholécystotomie idéale. Ablation d'un calcul volumineux. Guérison.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une femme de quarante-cinq ans qui, depuis l'âge de vingt-sept ans, est

atteinte de coliques hépatiques très violentes avec, dans l'intervalle, de la pesanteur, des douleurs dans la région du foie.

Les crises se sont reproduites à certains moments jusqu'à deux à trois fois par semaine; jamais elle n'a eu une accalmie de plus de trois mois. Jamais d'ictère; un peu de subictère seulement au moment des crises.

Elle a été traitée par deux saisons de Vichy, et toutes les médications internes possibles.

L'examen ayant permis au Dr Mermet, mon ancien interne, médecin à Lons-le-Saunier, de diagnostiquer une lithiase de la vésicule, il me l'adressa il y a quatre semaines. Elle a été opérée il y a trois semaines, le 10 novembre.

Nous avons, après ouverture de la vésicule, distendue et un peu épaissie, adhérente à l'épiploon, extrait le calcul que voici; ce calcul formait bouchon et était surmonté d'une nappe liquide de bile verdâtre, qui a été recueillie dans une pipette stérilisée.

Exploration des voies biliaires, aucun calcul nulle part. Perméabilité de la vésicule.

Nous pratiquons la fermeture à trois plans de suture (catgut et soie) de la vésicule. Réduction. Une mèche iodoformée est retirée deux jours après.

Guérison complète par première intention.

Le calcul pèse 16 grammes, a 4 centimètres et demi de long sur 3 et demi de large, 8 centimètres et demi de circonférence.

La bile vésiculaire était aseptique.

La cholécystotomie idéale n'est indiquée, à notre avis, que lorsqu'on est certain de la perméabilité des voies biliaires, et qu'il n'y a pas lieu de faire un drainage pour obtenir leur désinfection. Elle doit être réservée à des cas relativement rares, quand il s'agit de lithiase biliaire.

M. Quénu présente la malade atteinte de pseudarthrose de la cuisse à laquelle il faisait allusion et qu'il a traitée par la thyroïdine.

M. Michaux, au nom de M. Malherbe, présente une femme dont tout le cuir chevelu a été enlevé par un arbre de transmission. Après avoir lavé le lambeau de cuir chevelu détaché, on l'a réappliqué sur le crâne; toute la face profonde paraît adhérente.

M. Reclus. — Cette année, il m'est entré un malade dont tout le scrotum avait été enlevé par un arbre de transmission. Mes

internes ont réappliqué le lambeau détaché, et on put croire à la réussite de l'opération, mais au bout de deux mois, le scrotum tombait en laissant, il faut le reconnaître, au-dessous une surface cicatrisée. La cicatrice s'était faite sous le lambeau. Il ne faut donc trop compter sur une réimplantation de ces lambeaux détachés.

M. Quénu. — Ce malade n'a eu, au fond, qu'un pansement occlusif, par cette réapplication du lambeau, pansement fait immédiatement après l'accident. Ce lambeau est momifié ; il n'a plus de vie. J'ai eu à soigner un enfant qui avait été littéralement scalpé par un gros chien. Le lambeau était à terre. Je n'osai pas le réimplanter. Je demandai à M. Ribemont-Dessaignes de me prévenir dès la mort d'un enfant nouveau-né. Deux jours après l'accident, je pus ainsi, après avoir scalpé un nouveau-né, une demi-heure après sa mort, appliquer le cuir chevelu sur le crâne de mon blessé. Pendant quelques jours je crus à un succès ; puis les cheveux s'effritèrent, le péricrâne se momifia, ne constituant plus qu'une couche protectrice qui tomba, non sans laisser toutefois quelques îlots épidermiques qui devinrent le centre de la cicatrisation. Aujourd'hui, l'enfant à dix à douze ans, le crâne est recouvert par une cicatrice suffisante, mais complètement glabre.

Résection du maxillaire supérieur droit pour un sarcome à myéloplaxes. Restauration immédiate de la voûte au moyen de la muqueuse palatine,

par M. PEYROT.

L... L..., seize ans, entré salle Nélaton n° 2, le 31 octobre 1898. Enfant bien constitué, n'ayant dans ses antécédents qu'une brûlure à l'âge de un an, qui a laissé une cicatrice sur la joue gauche, et qu'une rougeole à l'âge de quatre ans. Le père, la mère et les deux sœurs sont bien portants.

Il s'est aperçu, il y a un an, que des larmes coulaient sur sa joue droite. Puis, il y a six mois, en plaçant les doigts dans la bouche, il a trouvé que la voûte palatine, du côté droit, paraissait tuméfiée. Il a attiré l'attention de ses parents sur ce fait. Un médecin a été consulté ; il a été impossible de savoir son diagnostic. Déjà, à ce moment, la joue droite faisait une saillie plus accentuée que la gauche. Elle a augmenté de volume, d'une façon lente, mais progressive, depuis cette époque. Jamais il n'y a eu de douleurs, de céphalalgie, de névralgie faciale. La respiration par la narine droite était gênée, sans écoulement de mucosités par le nez. La déglutition, la voix étaient normales.

31 *octobre* 1898, jour de l'entrée. — La région maxillaire droite est plus saillante que la gauche. Il n'y a pas d'exophthalmie, l'occlusion des paupières est parfaite. La peau est normale d'aspect. A la palpation, toute la région est dure, irrégulière (côtes de melon), non douloureuse. La peau est tendue et un peu moins mobile que du côté sain. Le palais est refoulé vers la cavité buccale, dans sa moitié droite, il est dur, un peu œdématié ; la muqueuse est d'aspect normal à son niveau. Rien au voile.

11 *novembre. Résection du maxillaire supérieur.* — Incision de la lèvre supérieure, sur la ligne médiane, qui contourne ensuite l aile du nez, le sillon naso-génien, le bord libre de la paupière inférieure, à deux centimètres au-dessous de celui-ci, et se termine au niveau de l'angle externe de l'œil. Dissection du lambeau, section à la cisaille de l'arcade temporo-maxillaire. Dissection d'un lambeau périostique et muqueux, à la rugine, sur la moitié correspondante du palais, pour pouvoir laisser une cloison entre les cavités nasale et buccale. Le périoste de la paroi inférieure de la cavité orbitaire est ensuite détaché. Section avec la cisaille de la voûte palatine, puis du pilier de l'orbite inféro-interne. Extirpation du maxillaire, à l'aide du davier de Farabeuf. L'os, très fragile, s'écrase; une grosse masse blanche et dure, qui remplissait la cavité du sinus, est mise à découvert et est enlevée. Suture aux crins de Florence, du lambeau palatin, à la muqueuse de la joue. Tamponnement léger de la cavité à la gaze iodoformée avec drainage par la narine; suture de la peau aux crins de Florence.

La masse enlevée est sphérique, avec des sillons à sa surface. De coloration blanche, elle a le volume d'une mandarine, est extrêmement dure. Très difficile à couper, elle est parcourue, à son intérieur, par des travées osseuses peu résistantes. Cette tumeur avait repoussé les parois du sinus, qui étaient devenues fort minces, et n'adhérait pas à ces parois. Les racines de toutes les molaires droites laissaient sur elles une empreinte, mais il n'y avait pas d'adhérences à ce niveau. Les crins furent enlevés douze jours après.

Il a été presque impossible de pratiquer des coupes qui permissent un examen histologique. Cet examen ne pourra être fait qu'après décalcification de la tumeur; cependant, on a pu, en attaquant les portions les moins dures de la tumeur, constater qu'il s'agissait au moins très probablement d'un sarcome à myéloplaxes type.

Réflexions. — Je vous ai présenté ce jeune malade, pour deux raisons : d'abord à cause de la méthode de restauration immédiate que j'ai employée. C'est à peine si, dans nos livres classiques, on trouve indiquée la possibilité de conserver de la sorte la muqueuse palatine.

Dans son *Traité de pathologie générale et spéciale*, Kœnig expose pourtant la question longuement. Il est certain que dans pas mal de cas la voûte palatine n'est pas atteinte et la conservation de sa fibro-muqueuse est possible.

Chez cet enfant, la saillie de la tumeur était telle que la muqueuse se trouvait très distendue et amincie. Dans la rugination hâtive à laquelle je me suis livré, j'ai, en avant, au niveau des points où l'amincissement était le plus grand, déchiré, déchiqueté un peu le lambeau; aussi la réunion n'a-t-elle pas été complète à ce niveau. Il reste un orifice qu'il faudra ultérieurement combler.

Je vous prie de noter la solidité que présente déjà cette voûte palatine. Il y a eu, en l'espace de vingt jours, production de couche osseuse des plus résistantes.

Il faut que je m'accuse d'avoir ici peut-être trop réséqué. La tumeur n'était en somme insérée que sur la portion alvéolaire du maxillaire. Je n'aurais pas dû toucher au plancher de l'orbite, qui pouvait être conservé tout entier. Il faudrait évidemment, chez un enfant atteint d'une tumeur semblable, commencer au moins par une ablation partielle, comprenant la partie basse seule du maxillaire. Si l'on s'apercevait que la tumeur est plus étendue qu'on ne le croyait d'abord, il serait temps alors de compléter l'ablation.

M. Schwartz. — C'est une opération très intéressante, mais qui a déjà été faite par Le Prévost (du Havre), il y a cinq ou six ans.

M. Berger. — J'ai eu aussi l'occasion de la faire.

Présentation de pièces.

M. Reclus présente des pièces d'une *grossesse extra-utérine extraite par la laparotomie;* le fœtus était dans le pavillon de la trompe.

M. Ricard présente : 1° En son nom et en celui de M. Latouche, *deux sacs anévrysmaux :*

Le premier, de l'axillaire; la réunion s'est faite par première intention.

Le deuxième vient d'un vieillard de soixante et onze ans; c'était un anévrysme poplité.

M. Ricard est chargé de faire le rapport.

2° *Des kystes hydatiques de la face supérieure du foie et de l'épiploon*, greffés dans la cavité abdominale, par suite de rupture du kyste péri-utérin, opérés à la maison Dubois.

M. POTHERAT. — Je ne crois pas que les kystes que M. Ricard nous présente résultent d'une inoculation péritonéale, par suite de rupture du kyste péri-utérin, existant lors de la première opération faite par Péan. Il s'agit là de manifestations multiples et non isochrones d'une même affection parasitaire. Le contenu d'un kyste hydatique versé dans le péritoine ne peut reproduire d'autres kystes hydatiques.

M. LEJARS. — J'ai opéré une jeune malade dont le péritoine était bourré de tumeurs; on avait pensé à du sarcome Je fis la laparotomie, je trouvai cinq à six kystes du mésentère que j'enlevai. A l'heure actuelle, la jeune fille n'en présente plus aucune trace.

Nomination de la Commission

POUR L'EXAMEN

DE LA PROPOSITION DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES HOPITAUX

MM.	Peyrot	20	voix.	Elu.
	Broca	17	—	—
	Schwartz	21	—	—
	Walther.	1	—	
	Ricard	1	—	
	Potherat	1	—	
	Gérard Marchant . . .	2	—	
	Guinard.	1	—	

Le Secrétaire annuel,

P. REYNIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SEANCE DU 7 DÉCEMBRE 1898

Présidence de M. Berger

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Potherat, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une note de M. Pousson, de Bordeaux, membre correspondant, sur les *pansements permanents de la vessie à l'iodoforme.* Cette note sera lue au cours de la séance ;

4° Une note de M. le Dr Follet (de Lille), membre correspondant, sur une *injection d'antitoxine dans un cas de tétanos. La mort est survenue.* La note sera lue au cours de la séance.

A propos de la correspondance.

M. Chauvel dépose une observation de M. Collin, médecin-major, à Limoges, intitulée : *Anévrysme artério-veineux de la fémorale. Quadruple ligature et extirpation du sac. Guérison.* Le travail est renvoyé à une commission ; M. Chauvel, rapporteur.

M. Terrier dépose sur le bureau :

1° Un ouvrage de M. Delagénière, sur la *Chirurgie de l'utérus* ;

2° Un ouvrage sur les *Sutures intestinales*, en son nom et en celui de M. Marcel Baudouin ;

3° Ses *Leçons de Médecine opératoire, sur la chirurgie du cœur et du péricarde*, leçons recueillies par M. Rémond.

M. Berger remercie M. Terrier de la communication de ces intéressants ouvrages.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Reynier. — M. Potherat, dans la dernière séance, nous a dit, répondant à M. Ricard, que le contenu d'un kyste hydatique versé dans le péritoine ne peut reproduire d'autres kystes hydatiques. Cette opinion personnelle qu'il a émise est en contradiction avec celle qui a cours communément dans la science.

Si Van Beneden a démontré que le kyste hydatique ne peut donner de ténia échinocoque chez l'homme, il n'en est pas moins admis que le kyste hydatique fertile contenant des vésicules filles peut, en se rompant, greffer des vésicules filles, qui se développent alors parfaitement.

Je lis, en effet, dans Chauffard, *Traité de médecine*, tome III, p. 954 :

« Les vésicules filles, les échinocoques évacués dans la cavité péritonéale peuvent conserver leur vitalité, y continuer leur évolution de croissance et de germination. »

A l'appui de cette idée, on cite un cas de Rendu où plusieurs centaines de kystes hydatiques secondaires s'étaient développés dans le péritoine.

Dans les thèses de Masseron, d'Albert, 1887, on trouve plusieurs cas analogues.

On ne peut donc pas rétrospectivement rejeter d'une façon absolue la possibilité d'un greffage, lors de la première opération, de vésicules filles reproduisant des kystes hydatiques secondaires dans le péritoine de la malade dont parlait M. Ricard.

Lecture.

Tétanos. Injections intracérébrales de sérum antitétanique. Mort,

par M. le Dr H. FOLLET,

Membre correspondant de la Société.

Il importe de faire connaître en ce moment toutes les observations, quelle qu'en ait été l'issue, où le tétanos a été traité par les injections intracraniennes de sérum antitétanique. En voici une à ajouter à celles qui ont été récemment présentées à la Société de chirurgie.

Charretier de cinquante-neuf ans, entré dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, pour un traumatisme des deux jambes : fracture sans plaie de la jambe droite; plaie par écrasement du pied gauche par passage d'une roue de lourde voiture.

Onze jours plus tard, le 17 octobre, le malade se plaint de difficulté pour avaler et d'un peu de fièvre. Le lendemain matin, trismus accentué, raideur de la nuque; élévation thermique modérée, 37°8. Sueurs, agitation.

Le 19 au matin, avec l'aide de mon excellent collègue, le Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur, de Lille, je pratique, vers l'angle antéro-interne de chacun des pariétaux, une minuscule trépanation, une perforation cranienne, par laquelle une fine aiguille-trocart est enfoncée de 5 centimètres dans la substance cérébrale; 5 grammes de sérum antitétanique sont injectés très lentement de chaque côté. Aucun autre traitement.

Je revois le malade dans la soirée. La température est à 38 degrés. L'état général est mauvais. Agitation et délire. Pouls à 140. Sueurs profuses. Mort dans la nuit.

Autopsie des hémisphères cérébraux absolument négative.

Note sur les pansements permanents de la vessie,

par M. POUSSON (de Bordeaux).

La communication que j'ai l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie a pour but de venir confirmer les excellents résultats que m'a donnés, comme à M. Bazy, l'emploi des pansements permanents de la vessie à l'iodoforme, et nullement de revendiquer la priorité de cette méthode thérapeutique déjà vieille de bien des

années. Ce n'est en effet ni M. Bazy, ni moi, qui avons eu les premiers l'idée d'appliquer l'iodoforme comme topique dans les infections vésicales. Il y a longtemps qu'on y a recours en Allemagne, et voilà près de quinze ans que j'utilise pour ma part l'émulsion bien connue de Frey, comme pansement intravésical à la suite de la lithotritie, lorsque la vessie, chroniquement enflammée au cas de calcul secondaire, et déjà plus ou moins érodée et exulcérée, a été en outre l'objet de lésions traumatiques superficielles, mais inévitables, au cours du broiement. L'iodoforme, se déposant en nature à la surface de la muqueuse, particulièrement dans les points ulcérés, forme une couche protectrice et antiseptique, dont les effets se prolongent plusieurs jours, car alors qu'on a cessé depuis longtemps les injections, le malade continue à rendre le médicament dans ses urines. Ce séjour de grumeaux iodoformiques dans la vessie, a même été considéré par certains, comme susceptible de devenir le noyau de concrétions calculeuses; aujourd'hui, que j'ai suivi un grand nombre de malades ainsi traités, je n'hésite pas à déclarer que ce reproche est purement théorique. J'ai indiqué la pratique de ces injections de mixture iodoformique à la suite de la lithotritie, dans divers mémoires sur cette opération, lus à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux et publiés dans le *Journal de médecine de Bordeaux*.

J'ai également traité de cette manière un grand nombre de cystites de toutes espèces avec des succès divers, et l'emploi de la solution de Frey est d'un usage courant dans mon service.

Dans les mémoires que je viens de citer, j'indiquais en passant l'emploi que j'avais fait de l'huile de vaseline iodoformée sous forme d'instillations dans le traitement de la tuberculose vésicale. Dès mes premiers essais, qui remontent à dix ans, j'avais été frappé des heureux effets de cette médication locale et un de mes élèves, le Dr Talayrach, en a fait l'objet de sa thèse en 1891. Depuis lors, ayant eu occasion d'expérimenter sur une très grande échelle (car rien n'est plus commun que la tuberculose de la vessie dans un service uniquement consacré aux voies urinaires) les divers topiques préconisés dans cette affection, j'ai pu me convaincre qu'aucun n'est supérieur ni même égal, par la constance de ses résultats, à l'huile de vaseline iodoformée. A son pouvoir antibacillaire puissant et à son action éminemment cicatrisante, l'iodoforme joint la précieuse propriété d'être analgésiant et remplit ainsi à lui seul toutes les indications réclamées par le traitement de la cystite tuberculeuse. Je ne trouve guère que le gaïacol iodoformé qui puisse lui être comparé, et encore ce médicament

expose-t-il, si on dépasse la dose de 2 grammes de gaïacol dans les vingt-quatre heures, à de la diarrhée, des coliques et même du collapsus.

Je me sers d'une solution ou plus exactement d'une mixture de 5 grammes d'iodoforme dans 100 grammes d'huile de vaseline ou d'huile d'olive stérilisée et j'injecte tous les jours ou tous les deux jours, suivant les circonstances, 10 à 15 centimètres cubes à vessie vide, à l'aide d'un explorateur à boule que j'arrête à l'entrée du col, de manière à ce que l'iodoforme se dépose sur toute la surface du trigone, y compris son angle antérieur, où les lésions sont en général à leur *maximum*. Le médicament reste adhérent de lui-même à la muqueuse par un simple phénomène physique; il n'est donc pas nécessaire que le malade surveille sa miction et l'arrête à la vue de l'huile apparaissant au méat pour assurer la conservation de l'iodoforme dans la vessie. Cette conservation se fait à l'insu du malade, et M. Bazy me semble singulièrement vanter l'habileté à uriner de ses patients en leur attribuant le mérite de garder volontairement dans leur vessie pendant une quinzaine de jours 20 à 30 centimètres cubes d'un liquide aussi léger et fuyant que l'huile de vaseline. Je le répète : la conservation de l'iodoforme dans la vessie résulte de l'adhérence physique du médicament à la muqueuse; c'est du reste la condition première de son action thérapeutique; cette adhérence se fait aussi bien dans la vessie de la femme que dans la vessie de l'homme et l'emploi des injections d'huile de vaseline iodoformée dans les pansements permanents de la vessie est également applicable dans les deux sexes.

M. Bazy. — En publiant une note sur le *pansement permanent* de la vessie, je n'ignorais pas ce que tout chirurgien doit connaître, en particulier l'existence de la vaseline liquide et celle de l'iodoforme et aussi l'association des deux.

Je n'ignorais pas, pour l'avoir employée, les effets de l'injection de vaseline iodoformée dans la vessie, que j'emploie, moi aussi, depuis très longtemps, de même que j'ai employé la glycérine iodoformée; mais cette dernière, je l'ai abandonnée. Je connais, comme tout chirurgien, les travaux qui ont été faits sur la question et même la thèse de Talayrach.

La nouveauté de mon procédé est d'assurer la permanence du pansement; en me servant d'un liquide qui sert à la fois de *véhicule* et d'*index*, je suis sûr d'avoir dans la vessie, le topique que je désire y laisser déposer, sans être obligé de renouveler l'injection, et c'est ce moyen que j'ai indiqué. Et si j'ai indiqué ce moyen, c'est parce qu'il m'a paru donner des résultats bien supérieurs aux

autres, et réaliser le pansement permanent de la vessie, puisqu'il empêche la vessie de se vider complètement, et par suite de rejeter le médicament qu'on lui a injecté.

Rapport.

Intervention chirurgicale dans les collections suppurées de la loge cérébelleuse, par M. Lucien Picqué.

(Suite et fin du rapport sur un cas de M. GAUDIER) (de Lille).

Messieurs, dans la dernière séance, à propos d'un rapport sur le cas qui nous a été adressé par M. Gaudier, de Lille, je vous ai entretenu de la fréquence de ces collections, de leur siège précis et des symptômes auxquels elles donnent lieu, m'appuyant sur un travail que nous venons de faire avec M. Mauclaire et que nous avons présenté au Congrès de chirurgie. Aujourd'hui, je veux vous entretenir du traitement de ces collections.

Bien des voies ont été proposées : pour en apprécier la valeur, on peut, comme nous l'avons fait dans notre travail, envisager tout d'abord les collections intra-cérébelleuses. Mais il faut se rappeler que ces collections sont superposables aux collections sous-duales.

Dès 1887, Wheeler avait proposé la voie mastoïdienne partielle (voie en Y, voie sus-attico-antrale).

C'est une voie étroite mais qui donne accès sur un certain nombre de collections : M. Gaudier y a eu recours dans son cas. Quoi qu'il en soit, le procédé est simple. Dès que l'attico-antrotomie a été pratiquée, il suffit de faire sauter d'un coup de ciseau le toit de la caisse et de l'antre. C'est cette voie mastoïdienne que j'avais préconisée en décembre 1892 dans mon mémoire avec M. Février pour l'ouverture des abcès intra-craniens.

Depuis, notre collègue, M. Broca, dans un premier mémoire qui date de juillet 1894, et dans des travaux successifs, s'est fait le défenseur convaincu de cette méthode qu'il considère comme applicable aussi bien aux abcès cérébelleux qu'aux abcès cérébraux.

Depuis, bien des auteurs ont eu recours à elle : mais je n'hésite pas à dire qu'appliquée aux collections cérébelleuses, elle me paraît justiciable de graves reproches.

M. Mignon a déjà fait remarquer dans un récent ouvrage que par

cette voie étroite, il est facile d'érailler la paroi du sinus latéral et que de plus le drainage n'est pas fait par le point le plus déclive.

Broca a également déclaré à la Société de chirurgie en 1896 que ce procédé était assez périlleux.

Nos recherches cadavériques nous ont montré que, par cette voie, on a tendance à remonter en haut et en arrière et que dès lors les collections cérébelleuses inférieures peuvent ne pas être ouvertes.

Nous sommes arrivés à cette conclusion que ce procédé permet d'ouvrir un certain nombre de suppurations ostéo-dure-mériennes *parapétreuses :* en ce qui concerne les collections péri-cérébelleuses et intra-cérébelleuses, les collections antéro-internes seules peuvent être ouvertes par cette voie étroite. Quant aux collections superficielles antéro-externes et postéro-internes, ainsi que les collections centrales, c'est par une autre voie qu'il faut, selon nous, les aborder et les drainer : La *voie mastoïdienne totale* (procédé transmastoïdien de Mignon déjà employé par Schedé et Murray).

Je ne vous décrirai pas le procédé dont M. Luquet a donné la technique dans son récent ouvrage ; qu'il me suffise de vous dire qu'il constitue un sérieux progrès dans le traitement des suppurations d'origine otique et qu'il permet d'aborder facilement les collections antéro-internes et antéro-externes ; malheureusement les collections postéro-internes ne sont guère accessibles par cette voie.

La *voie occipitale inférieure* ne donne ordinairement qu'une voie d'accès insuffisante et, en tout cas, trop éloignée du rocher.

Broca, tout en admettant que cette voie est plus large que la voie mastoïdienne, reconnaît qu'elle est plus détournée et qu'on risque de ne pas tomber sur l'abcès, qui est beaucoup plus en avant.

Ballance, dans un mémoire déjà cité, avait prévu cet écueil et proposé un mode de pénétration du cervelet qui, selon moi, doit être complètement rejeté.

Quant aux *voies complexes* (voie temporale et occipitale combinées) employées par les chirurgiens qui comprenaient les avantages de la voie mastoïdienne, mais qui voulaient faire davantage du côté de la loge cérébelleuse) elles n'ont été que peu en honneur parce qu'elles sont le plus souvent aveugles et qu'elles amènent à pratiquer de trop grands délabrements.

Voilà quelles sont les voies d'accès dans la loge cérébelleuse ; toutes présentent des dangers et exposent à méconnaître le siège de la collection.

Les *procédés antérieurs* (voie mastoïdienne) ne conviennent qu'à une catégorie d'abcès (les abcès des faces supérieures du

rocher) qui sont, à la vérité, les plus fréquents. M. Gaudier y a eu recours avec succès. Les abcès postérieurs de la loge cérébelleuse leur échappent ordinairement.

Quant aux *procédés postérieurs* (voie occipitale ou voies complexes) ils perdent les avantages des précédents en éloignant l'opérateur du rocher, siège habituel des collections, et ils ne recupèrent pas d'autres avantages parce que les voies proposées jusqu'ici sont beaucoup trop étroites.

On est amené dès lors à se demander pourquoi on n'agirait pas pour la loge cérébelleuse comme pour la voute cranienne proprement dite.

Pour la partie latérale du crâne, les grands lambeaux ostéoplastiques ont depuis quelques années remplacé les trépanations parcimonieuses de nos prédécesseurs.

L'idée d'appliquer à la chirurgie de la loge cérébelleuse les résections exploratrices nous a conduit à proposer un procédé que nous n'avons pas encore eu l'occasion d'appliquer, mais qui nous semble rationnel.



Je ne veux pas développer ici ce procédé, que l'on trouvera décrit dans le volume du Congrès de chirurgie et que nous avons appelé craniectomie occipitale, ou mieux mastoïdo-occipitale. Je tiens à dire en terminant que nous l'avons expérimenté plusieurs fois sur le cadavre ; grâce à lui, il devient facile, par une large brèche occipitale, d'arriver sur la face postérieure du rocher et sur le sinus en même temps que sur les collections les plus profondes, c'est-à-dire les collections antéro-internes, et il permet, en résumé, l'exploration de toute la fosse cérébelleuse.

La gravité parfois décevante de ces collections d'origine otique ne permet-elle pas toutes les tentatives quand elles sont rationnelles ?

Messieurs, je vous propose en terminant : 1° de remercier M. Gaudier de son intéressante observation ; 2° de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

M. Guinard. — Je voudrais, à propos du rapport de M. Picqué, rapporter deux observations dont l'une à trait directement à l'otite moyenne suppurée donnant lieu à un abcès cérébelleux.

Obs. i. — *Otite moyenne suppurée droite consécutive à la fièvre typhoïde. Abcès intra-cérébelleux.*

Le nommé G..., âgé de dix-huit ans, entre salle Nélaton, n° 9, le 20 octobre 1898. Ayant eu une fièvre typhoïde de deux mois de durée

soignée par mon ami le Dr Lajotte, de Longjumeau, il était guéri depuis trois semaines et avait repris son travail lorsque, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il ressentit des douleurs dans l'oreille droite. Ces douleurs augmentèrent, s'accompagnèrent de vomissements et de vertiges. Elles se calmèrent un peu, la veille de l'entrée, à la suite de l'écoulement de pus, par le conduit auditif. Depuis huit jours, le Dr Lajotte insistait vainement pour que le malade se décidât à se laisser trépaner l'apophyse mastoïde. Il se présente à nous avec la tête fléchie à droite, mais on peut redresser celle-ci et la tourner dans tous les sens sans provoquer de douleurs. La marche est impossible à cause des vertiges. La région mastoïdienne est œdématiée et douloureuse à la pression. Pas de céphalalgie. Température, 38°,5. Pouls, 80, régulier. Respiration, 20, sans irrégularité. Pupilles normales, pas de troubles oculaires, pas de rétraction du ventre, pas de contractures, cependant le phénomène de la corde musculaire existe.

Une heure plus tard, l'intelligence est moins vive, les réponses plus lentes. Les autres symptômes sont les mêmes. Le diagnostic de méningite étant écarté, par suite de l'absence des signes habituels de cette affection, on se décide à intervenir immédiatement, en pensant à une suppuration intra-cranienne.

La mastoïde est ouverte largement; on pénètre dans l'antre : il s'écoule un peu de pus. Le tissu osseux est mou et friable et on enlève la mastoïde en totalité. La brèche mastoïdienne est ensuite agrandie, en haut et en arrière, avec la plus grande précaution, vers le tissus latéral, qu'on voit bientôt apparaître. Au-dessous du sinus et en arrière on voit que l'os est rugueux et modifié. Une ponction exploratrice avec la seringue de Roux, au-dessous et en arrière du sinus, démontre la présence de pus dans la profondeur. J'incise alors au bistouri la dure-mère au-dessous du sinus et j'arrive sur le cervelet, que j'incise de même : j'évacue ainsi un grand verre à bordeaux de pus épais, vert, fétide, à odeur intestinale, contenant des débris de substance cérébelleuse. Drainage profond et pansement.

Le malade mourut dans la journée. A l'autopsie, on trouva un abcès du lobe cérébelleux droit, sans méningite. Pas d'abcès du cerveau. L'incision avait été faite au-dessous du sinus latéral. Celui-ci avait été repoussé légèrement en haut.

L'autopsie a été faite avec l'aide de M. Chaillou, interne du service.

Comme on peut le voir sur la pièce que je présente, l'orifice cranien occupe juste la concavité du genou du sinus; ce sinus est oblitéré par un caillot solide et refoulé un peu en avant. L'abcès, très volumineux, occupe tout le lobe droit du cervelet.

OBS. II. — *Otite moyenne droite consécutive à l'influenza. Otite labyrinthique. Méningite de la base.*

Le nommé F..., âgé de soixante-trois ans, entre salle Nélaton, n° 33, le 18 novembre 1898, pour des douleurs dans l'oreille droite et des

vertiges qui l'empêchent de marcher seul. Ces vertiges sont accompagnés de bourdonnements musicaux et de surdité.

Le malade avait eu l'influenza au mois de février dernier. Au cours de la maladie, il est devenu sourd de l'oreille droite et a eu des bourdonnements de ce côté. Jamais de troubles auriculaires avant cette époque. Depuis un mois, les bruits musicaux et les vertiges se sont accentués.

Il se présente, la tête légèrement inclinée du côté droit. La région mastoïdienne n'est pas œdématiée, elle est peu douloureuse à la pression. Au-dessous de la mastoïde, dans la région sterno-mastoïdienne, empâtement diffus, avec rougeur de la peau, sans fluctuation. Le tympan est normal, il n'est pas dépoli, le triangle lumineux est conservé, il n'existe pas de perforation. Température, 37 degrés le matin. Pouls, 80, régulier, respiration régulière. Le soir, température, 39 degrés.

Le lendemain, la température redescend à 37 degrés; le pouls présente des irrégularités, la respiration est régulière; le malade est plus somnolent et se plaint d'une céphalalgie temporo-frontale droite, qu'il avait déjà ressentie antérieurement. Le ventre est un peu rétracté, les membres résistent un peu, quand on essaie de les fléchir; attitude en chien de fusil.

La somnolence s'accentue; le 21, la température remonte à 39 degrés. les autres symptômes persistent, les pupilles sont contractées, les yeux déviés en haut et en dehors. Jamais il n'y a eu de vomissements,

Le 22, on décide une intervention, guidée par l'hypothèse d'une erreur de diagnostic possible.

La mastoïde est ouverte, elle est très dure, éburnée superficiellement, infiltrée de fongosités profondément. Le malade meurt le lendemain. A l'autopsie, on trouva une méningite de la base du cerveau. Le cervelet baignait dans un exsudat gélatineux, verdâtre, adhérent, mais il n'y avait ni abcès du cerveau, ni abcès du cervelet. En suivant le nerf auditif, qui est également entouré de pus, on peut se rendre compte que celui-ci pénètre dans l'oreille interne, qu'il infiltre.

L'oreille moyenne contient des fongosités. La région sterno-mastoïdienne est incisée : on ne trouve rien. Il n'y a ni phlébite de la jugulaire, ni phlébite des sinus.

(Observation recueillie par M. Chaillou, interne du service.)

Ces deux observations me paraissent intéressantes, après le rapport si complet de M. Picqué.

Je publie la seconde parce que les méningites consécutives à une labyrintite suppurée sont citées partout comme très exceptionnelles.

Dans mon observation I, j'ai abordé par la concavité du genou du sinus un énorme abcès intracérébelleux.

C'est la voie transmastoïdienne qui a été surtout préconisée par M. Mignon. Je fais remarquer, en montrant le crâne de mon

opéré, qu'il ne faut pas, dans cette opération, perdre de vue le sinus et qu'il ne faut pénétrer dans la fosse cérébelleuse qu'en se guidant sur ce sinus même, qui doit être le point de repère à ne pas quitter des yeux et du doigt. Il est certain que la voie postérieure, préconisée par M. Picqué, est incomparablement supérieure : mais, pour en user, il faut avoir un diagnostic ferme, et c'est là qu'est toute la difficulté. Je déclare que chez mon malade, il était impossible de diagnostiquer l'abcès intracérébelleux. La température, les vertiges, les vomissements devaient faire penser à une suppuration intra-cranienne, mais l'absence des symptômes dont a parlé M. Picqué ne permettait pas de songer à un abcès du cervelet. L'absence des signes de méningite, tels que ceux qu'on constatait chez mon second malade, devait faire écarter le diagnostic de méningite, et c'est là justement ce qui m'a décidé à intervenir : mais, je le répète, je ne crois pas qu'il soit possible, dans un grand nombre de cas, de faire un diagnostic autre que celui de « suppuration intracranienne ». En sorte que, pour me résumer, je dirai que si le diagnostic d'abcès intracérébelleux est bien établi, le volet postérieur de MM. Picqué et Mauclaire est l'idéal. Mais dans la majorité des cas, ce diagnostic précis est impossible, et alors la voie transmastoïdienne totale que j'ai suivie, me paraît répondre au plus grand nombre des suppurations d'origine otique, même quand ces suppurations siègent dans le cervelet, puisque les abcès cérébelleux sont le plus souvent en avant et en dehors.

M. Poirier. — La formule anatomique des rapports profonds de l'apophyse mastoïde est la suivante : le tiers antérieur répond à l'antre et aux plus grosses cellules mastoïdiennes, le tiers moyen répond au sinus, le tiers postérieur répond au cervelet. Cette formule constante ne souffre pas d'exceptions. Je viens d'examiner la pièce présentée par notre collègue Guinard : il a trépané sur le tiers moyen de l'apophyse et il est tombé directement sur le sinus, suivant le procédé de Mignon : c'est sur la partie la plus postérieure (bord postérieur) de l'apophyse qu'il faut toujours trépaner : alors, on trouve toujours et directement le cervelet que l'on récline un peu en arrière, afin d'examiner la face en rapport avec l'oreille, siège ordinaire des suppurations, dans les cas dont il est question.

Sur deux observations de calculs prostatiques :

1° *Volumineux calcul de la prostate. Extraction par la voie périnéale*, par M. le Dr Rousseau, d'Orizaba (Mexique);

2° *Calcul vésico-prostatique*, par M. le Dr Souligoux, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Rapport de M. BAZY.

1° L'observation qui nous a été envoyée par le Dr Rousseau a trait à un homme de quarante-cinq ans, graveleux depuis l'âge de dix-sept ans, ayant rendu des graviers pendant trois ans. A vingt ans, il contracte une chaudepisse, dont il dit ne s'être jamais guéri.

En mai 1894, après une course de dix lieues à cheval, il est pris de douleurs cuisantes pendant la miction, en même temps qu'il rend du sang et du pus. Un médecin lui ordonne d'abord un traitement antiblennorrhagique, puis un autre diagnostique un rétrécissement et lui fait la dilatation avec des bougies métalliques et des instillations de nitrate d'argent.

En mars 1895, le Dr Rousseau le voit : il est alors très souffrant, mictions très fréquentes et très pénibles, ténesme vésical et rectal, écoulement très abondant d'un pus blanchâtre.

Un explorateur à boule n° 16 passe très facilement et permet de percevoir une sensation de râpe dans la région prostatique : le Dr Rousseau diagnostique un *calcul prostatique*, avec *suppuration de la prostate*, malgré l'opinion d'un confrère qui avait vu le malade et n'avait pas reconnu le calcul.

N'ayant pu le mobiliser ni le repousser dans la vessie, notre confrère décide de l'extraire par la taille périnéale. C'est ce qu'il fait en mai 1895, après une opération qui a duré deux heures.

Le calcul extrait pesait 32 grammes ; il mesure 4 centimètres dans un sens, et 3 dans les deux autres.

Il a une apparence phosphatique à la surface : mais comme il est éraillé, on voit que le noyau est formé par de l'acide urique.

C'est, en somme, un calcul, qui venu du rein, paraît être resté enclavé dans la prostate, peut-être à la faveur de la blennorrhagie qui, ayant atteint l'urètre prostatique, aurait tuméfié la muqueuse et favorisé son arrêt, ou à la faveur d'une suppuration prostatique qui aurait laissé une loge dans son épaisseur.

Les suites opératoires furent simples. Le troisième jour on remplaça les mèches dont on avait tamponné la cavité, par deux gros drains, ce qui permit de retirer des débris de pierre entraînés par des lavages.

Le Dr Rousseau ne put introduire une sonde dans la vessie; le malade se trouva cependant assez bien pour se lever et enlever les drains; mais alors le pus recommença à couler par le méat; il retourne chez lui.

Le malade revient voir le Dr Rousseau, qui essaie de passer à nouveau une sonde et ne peut y parvenir; mais il sent un frottement qui lui indique qu'il y a de nouveaux graviers dans l'urètre prostatique.

Comme il restait un orifice fistuleux au périnée, il fut dilaté, drainé, et on put extraire des éclats de pierre et un gros calcul uratique.

Le Dr Rousseau « s'explique difficilement que ces pierres ne soient pas sorties dans les grands lavages des premiers pansements ».

A nouveau le malade va mieux, mais il retire bientôt le drain, et repart dans son pays, pour revenir au bout de deux mois environ avec de la fièvre, de la suppuration et une fistule recto-urétrale.

Quelque temps après, un autre médecin lui fait une taille périnéale, à la suite de laquelle il meurt.

Voilà certes une malheureuse odyssée dont l'issue a mal récompensé les efforts de notre confrère en vue de la guérison de son malade.

Le Dr Rousseau fait suivre son observation de considérations sur la rareté des calculs prostatiques, et sur l'opportunité de la taille qui a été ultérieurement pratiquée à ce malade, se demandant s'il n'aurait pas mieux valu lui faire la cystotomie sus-pubienne pour permettre le cathétérisme rétrograde.

Nous ne le suivrons pas dans cette voie hérissée d'écueils, et nous passerons à la deuxième observation, celle de notre collègue des hôpitaux, M. Souligoux.

2° Un homme de trente ans entre dans mon service, où j'étais remplacé par mon ami M. Souligoux, pour des troubles urinaires graves remontant à [deux ans. Il souffrait depuis deux ans d'une manière à peu près continue de douleurs à l'hypogastre, au périnée, aux testicules, douleurs augmentant à chaque effort de miction qui se renouvelait très fréquemment. L'urine s'écoulait goutte à goutte, d'une façon presque continue, rouge et laissant un dépôt rougeâtre.

Jamais il n'a eu d'hématurie abondante; en revanche, les cahots de la voiture augmentaient ses douleurs.

Il aurait été soigné, dit-il, pour la pierre à l'âge de cinq ans; mais il aurait peu souffert, sauf depuis deux ans. Cette tolérance de la vessie pour les corps étrangers s'observe de temps en temps :

je viens d'opérer un homme de quarante-deux ans, d'une pierre urique du volume d'une petite orange : c'est une pierre qui évidemment datait de l'enfance, puisqu'on avait constaté des troubles urinaires alors qu'il était enfant. Or, ce n'est qu'au mois de juillet dernier, c'est-à-dire trois mois avant l'opération, qu'il a eu les premiers accidents urinaires sérieux. Ceux-ci ont consisté en hématuries terminales et douleurs par la marche, la voiture, et douleurs à la miction. Les urines étaient troubles à l'âge de quinze ou seize ans, ainsi que M. Bouchardat le père l'avait constaté à ce moment.

Le malade de M. Souligoux portait les traces d'une souffrance vive et ancienne; il était pâle, amaigri, ne mangeait plus avec appétit, et passait ses nuits sans sommeil.

Un explorateur à boule fit constater un frottement dur et rugueux dans la région prostatique. Une sonde métallique pouvait passer entre le canal et la pierre et pénétrer dans la vessie. C'est ce que faisait constater le toucher rectal, qui trouvait en même temps un corps dur, paraissant arrondi, au niveau de la prostate.

M. Souligoux décida de l'enlever par la taille périnéale, ou plutôt par la boutonnière périnéale.

Il arriva, grâce à son incision, rapidement sur le calcul qu'il pensait extraire sans peine, car il pouvait le saisir facilement. Il fut obligé de renouveler souvent ses tentatives, n'aboutissant qu'à en détacher des fragments. Enfin il put arriver à l'extraire complètement, ou du moins il le crut. En effet, explorant la région prostatique, il sentit un orifice arrondi, très peu extensible, où il mit le doigt, et il sentit un nouveau calcul qui lui parut aussi volumineux que le précédent et intimement adhérent à la vessie.

Après de vaines tentatives pour l'extraire, n'osant se servir du lithotriteur pour le broyer, il eut recours à la taille hypogastrique qui lui permit de l'extraire facilement,

Sonde à demeure, puis suture de la vessie et de l'urèthre.

La plaie de la paroi abdominale pas plus que celle du périnée ne furent complètement fermées : elles furent drainées.

Les suites opératoires furent traversées par un accident qui faillit être sérieux : une hémorrhagie secondaire au dixième jour, qui nécessita la désunion des plaies abdominale et périnéale pour aller à la recherche du point saignant, qui se trouvait profondément situé dans le périnée.

Le malade est sorti de l'hôpital complètement guéri le 30 octobre.

Le calcul a une forme en sablier; il pèse 50 grammes; il est constitué par deux masses, l'une ayant 3 centimètres de diamètre, c'est la prostatique, l'autre 4, c'est le vésicale, reliées par une portion retrécie, qui correspondait au col vésical.

Il était formé en grande partie de phosphates avec du carbonate de chaux.

M. Souligoux ne nous a pas fourni l'explication de la forme et de la situation du calcul qu'il a enlevé. Et de fait, l'explication paraît assez difficile.

Evidemment il s'agit d'un calcul de l'enfance. Ce calcul était-il primitivement unique ou bien y en avait-il deux ? Dans le premier cas, il faudrait admettre qu'il s'est placé à cheval sur le col vésical, dont le resserrement l'aurait empêché de se développer, créant ainsi l'étranglement que nous constatons sur le calcul, tandis que la partie située dans le canal prostatique et celle située dans la vessie se seraient développées.

Dans le cas où il y aurait eu deux calculs, l'un d'entre eux serait tombé dans la prostate, s'y serait arrêté derrière la portion membraneuse contracturée, s'y serait développé, et aurait rejoint le calcul vésical auquel il se serait soudé.

Je crois devoir rejeter ces deux hypothèses qui ne me paraissent pas admissibles, et en admettre une troisième qui me paraît plus probable.

Le calcul, en effet, est composé presque exclusivement de phosphates, comme le sont les calculs prostatiques autochtones, nés dans la vessie.

Celui-ci s'est développé par l'apport de nouveaux phosphates qui se sont déposés surtout du côté regardant le col de la vessie, qu'ils ont atteint, envahi, ne pouvant beaucoup se développer au niveau de ce resserrement contractile naturel, de ce sphincter, et se développant au contraire à l'aise, dès que ce sphincter a été dépassé, dès qu'il a été dans la cavité vésicale, j'ai ainsi l'explication de la forme en sablier.

C'est ce que démontre l'analyse du calcul, et en particulier le pédicule, de la partie rétrécie, qui est composé de phosphates, ainsi que cela résulte de l'analyse faite par mon distingué interne en pharmacie, M. Day.

La tolérance de la prostate, pour le corps étranger, n'est en général pas très grande ; il est remarquable, que ceux, dont je viens de vous entretenir, aient pu être tolérés aussi longtemps.

Je viens de voir un veillard que j'avais opéré de hernie étranglée il y a près de deux ans, et qui avait eu à plusieurs reprises des hématuries après des marches. Ces jours derniers, il a eu de nouvelles hématuries qui, avaient apparu après une fatigue insignifiante, et qui ont continué malgré le repos, cessant pour reprendre sans cause appréciable, et s'accompagnant de *violents* et *fréquents* besoins d'uriner.

Quand je l'ai exploré, j'ai trouvé au niveau de la prostate un

petit calcul d'acide urique, aigu, pointu, qui était la cause de tout le mal.

On ne peut s'expliquer la tolérance extrême de l'urèthre dans ces cas que par une espèce d'accoutumance de l'organe habitué dès le jeune âge à la souffrance, ou par une insensibilité particulière des individus.

Cette tolérance s'explique mieux avec les calculs prostatiques autochtones, nés et développés dans la prostate, beaucoup moins avec les autres.

Et on ne saurait invoquer pour expliquer cette tolérance ou intolérance, l'existence ou l'absence de réaction inflammatoire de la prostate, puisque nous voyons l'une et l'autre exister avec des états opposés.

Il en est évidemment de la prostate comme de la vessie, qui peut tolérer pendant longtemps des calculs volumineux sans déterminer de phénomènes réactionnels sérieux.

Tout en félicitant M. Souligoux de s'être tiré avec honneur et bonheur d'un cas aussi difficile, je ne puis m'empêcher de penser qu'à sa place, j'aurais peut-être tenté la lithotritie de la portion vésicale du calcul, une fois la portion prostatique enlevée.

M. Souligoux a été détourné, d'après ce qu'il m'a dit, de ce projet par la rétraction de la vessie.

Je rappellerai toutefois que j'ai publié ici même, dans nos Bulletins, un travail sur la lithotritie périnéale, c'est-à-dire faite à travers une incision du périnée pratiquée pour des rétrécissements très-serrés : or, dans un cas, j'ai pu mener à bien une lithotritie, quoique j'aie dû opérer dans une vessie vide et intolérante.

Ce sont des faits, que ceux qui ont l'habitude de la lithotritie ont l'occasion d'observer de temps en temps, et qui ne sont pas toujours faits pour arrêter l'opérateur.

En terminant, je vous propose d'adresser des remerciements à M. le Dr Rousseau et à M. Souligoux, et, comme j'ai suffisamment résumé leurs observations, de déposer leur travail dans les Archives de la Société.

Communications.

Luxation complète du pouce en arrière; réduction par la méthode de douceur,

par M. le Dr MOTY, médecin principal, à Lille.

Un homme de trente-deux ans fait une chute de bicyclette le 21 août, et se relève avec une luxation du pouce droit, sans s'être rendu compte de la manière dont s'était produit l'accident. Un médecin, consulté le lundi, prescrit des sangsues qui ne prennent pas, et le blessé, comprenant fort bien qu'il y a quelque chose de déplacé dans sa main, va consulter un second médecin le mardi soir. Des tractions énergiques sont exercées sur son pouce, et on applique ensuite une petite attelle palmaire, destinée à ramener peu à peu les os en place. Cependant, le blessé qui est ébéniste dans un grand magasin conserve encore cette fois des doutes sur le résultat des manœuvres assez douloureuses qu'il a subies, et, profitant d'une installation radioscopique qui sert de réclame à la maison, il constate lui-même le déplacement complet de sa phalange en arrière, et va le mercredi soir consulter un troisième médecin. Je me trouvais par hasard chez ce dernier, qui voulut bien faire appel à mon concours, et me fit constater, après ablation de l'appareil, dont la pression devenait de plus en plus douloureuse, les signes les plus nets d'une luxation complète du pouce en arrière; le doigt avait sa direction normale, mais l'on sentait à la face palmaire la tête du métacarpien sur laquelle la peau commençait à s'enflammer. Je saisis le pouce et me rendis compte que toute tentative de traction manuelle serait vaine; d'un autre côté nous n'avions ni pinces de Farabeuf, ni pinces de Larrey; je priai donc mon excellent confrère de maintenir la main blessée en flexion et en pronation forcée, de manière à annuler l'action du long fléchisseur du pouce, puis je saisis moi-même le doigt luxé, mes deux index au-dessous de la tête métacarpienne, mes deux pouces sur la base de la phalange, du côté dorsal. J'exerçai ainsi doucement, progressivement et sans espoir de succès, une double pression en deux sens opposés en même temps que je relevais le doigt jusqu'au voisinage de l'angle droit; mais à notre grande satisfaction, la luxation se réduisit brusquement, au moment où j'allais atteindre cet angle. Quelques massages, une compresse d'eau blanche complétèrent le traitement, et le malade, très satisfait, cela va sans dire, reprit son travail le lendemain matin et ne l'a plus quitté depuis.

Voilà le fait tel qu'il s'est présenté, C'était la première fois que je me trouvais aux prises avec cette espèce de luxation, et la résistance absolue qu'elle paraissait offrir aux efforts d'extension jointe au mauvais renon qui lui a été fait, à tort peut-être, m'avait tout d'abord donné l'impression que je ne réussirais pas. C'est pour cela que je n'ai pas cru devoir laisser tomber dans l'oubli les résultats que m'a donnés la méthode de douceur.

J'ai revu mon blessé il y a peu de jours ; à part une petite eschare sèche due à la mortification superficielle de la peau, par la pression de l'attelle qui lui avait été appliquée en désespoir de cause, il n'a présenté aucun accident consécutif. Sa première phalange a perdu environ la moitié de son mouvement de flexion, à cause de la distension prolongée du tendon fléchisseur je le suppose, mais son articulation métacarpo-phalangienne fonctionne très bien. Il m'a déclaré que je lui avais fait beaucoup moins de mal pour lui remettre ses os en place, qu'il n'en avait eu dans les tentatives inutiles d'extension faites précédemment ; j'avais eu de mon côté la sensation que j'aurais pu facilement vaincre une résistance bien plus considérable que celle que j'avais rencontrée ; on peut donc conclure légitimement de ce fait, que les luxations complètes du pouce sont susceptibles d'être réduites par les méthodes de douceur, et que la flexion et la pronation forcée de la main m'ont permis d'obtenir cette réduction avec la plus grande facilité ; je suis même porté à penser que cette luxation doit perdre, en partie au moins, la fâcheuse réputation que lui ont valu les instruments imaginés pour la réduire, et que l'observation des principes généraux applicables à la réduction des déplacements articulaires, notamment en ce qui concerne l'influence des muscles et la direction à imprimer à la tête luxée, rendra le plus souvent l'emploi des pinces inutile.

Discussion

M. Lejars. — Je n'avais nullement l'intention de rouvrir ici la discussion sur le traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse, dans sa forme commune, chronique et ascitique : les interventions de ce genre sont devenues fréquentes, et des faits nombreux nous ont montré à tous ce que nous pouvons attendre de la laparotomie, les résultats inespérés et durables qu'elle amène dans certains cas, et aussi le mécanisme obscur de ses guérisons

vraies ou apparentes. J'ai voulu seulement appeler votre attention sur certaines formes aiguës de la péritonite tuberculeuse, qui se manifestent brusquement, bruyamment, revêtant l'aspect et les allures d'autres affections graves de l'abdomen, commandant, de ce fait, une intervention urgente, intervention qui, tout en restant bornée à la simple ouverture du ventre et à l'évacuation d'un peu de liquide, n'en est pas moins suivie, en général, d'une sédation rapide des accidents. Il y a donc ici une double question, de diagnostic et d'intervention, et je suis heureux de voir quelles précieuses contributions la discussion actuelle vient d'apporter à cette étude.

Les péritonites tuberculeuses aiguës simulent aisément l'occlusion aiguë ou l'appendicite, et j'avais fourni deux exemples à l'appui de cette donnée clinique. MM. Bousquet, Quénu, Broca ont rapporté des faits analogues, où les symptômes de l'occlusion aiguë, la mieux caractérisée, étaient dus, en réalité, à la granulie péritonéale. Ici, du reste, il est utile de préciser et de faire une distinction : l'occlusion vraie, mécanique, par bride étranglante, par adhérences et coudures multiples, est loin d'être exceptionnelle au cours de la tuberculose péritonéale, et surtout de la variété chronique, fibro-caséeuse; j'ai eu l'occasion de faire autrefois, à la Pitié, une laparotomie chez un tuberculeux, depuis longtemps soigné pour une coxalgie et qui avait été pris brusquement des accidents de l'iléus; le ballonnement était considérable dans la zone sus-ombilicale et contrastait singulièrement avec la dépression du reste du ventre; je trouvai une bride qui enserrait et coudait le jéjunum tout près de son origine, et cela, dans un péritoine partout farci de plaques et de masses tuberculeuses. M. Broca, de son côté, signale, chez un de ses malades, un étranglement de l'intestin « par une bride épiploïque adhérente par sa pointe ». Ces cas d'occlusion vraie ne correspondaient pas au type que nous avons voulu signaler : chez notre premier malade, comme chez ceux de MM. Bousquet et Quénu, il s'agissait de la tuberculose miliaire du péritoine, de fines granulations disséminées sur toute la surface de la séreuse ; il n'y avait pas de brides, pas d'étranglement, et, après la laparotomie pure et simple, sans aucune manœuvre intra-abdominale, les phénomènes d'arrêt stercoral tombèrent bruyamment. N'avons-nous pas vu pareil dénouement, et tout aussi inattendu, terminer soudain, dans les heures qui suivent une laparotomie négative, une crise aiguë de pseudo-occlusion? J'ai eu l'honneur de vous communiquer plusieurs observations de ce genre, l'année dernière, et je crois que c'est encore au type de l'iléus paralytique qu'il convient de rapporter ces accidents d'arrêt stercoral sans obstacle,

qui signalent l'entrée en scène de certaines péritonites tuberculeuses aiguës.

D'autres fois, et plus souvent, c'est à l'appendicite aiguë que l'on a cru devoir conclure, et les observations de MM. Routier, Quénu, Brun, Broca et la mienne suffisent, je pense, à démontrer que les analogies sont parfois si étroites, que le diagnostic est pratiquement impossible. Les rapports de l'appendicite et de la tuberculose péritonéale ne s'arrêtent pas, d'ailleurs, à cette similitude d'aspect clinique, dans certaines formes; les intéressantes communications de MM. Tuffier et Broca, en étendant quelque peu la question hors de son cadre actuel, nous ont montré combien la confusion était parfois facile, dans les variétés subaiguës ou chroniques.

Ce qui est bien certain, ce qui est établi par toutes les observations qui ont été apportées ici, c'est que l'intervention, pratiquée à la suite de ces diagnostics erronés, n'en a pas moins toujours été heureuse, qu'elle a fait cesser les accidents alarmants, et que l'amélioration rapide ainsi obtenue s'est, assez souvent, prolongée et confirmée, en affectant même toutes les apparences d'une guérison, dans la mesure où ce terme est applicable. Il paraît donc démontré que les résultats que nous constatons souvent à la suite de la laparotomie, dans la forme chronique de la tuberculose péritonéale, peuvent se retrouver aussi dans les formes aiguës, au moins dans certaines d'entre elles.

Présentation de malade.

M. Lejars présente un malade auquel il a fait la suture des deux rotules avec le cerclage, il y a trois ans. Le malade va très bien. Le résultat est parfait.

M. Ricard. — Il m'est arrivé de faire radiographier à Dubois un malade que j'avais opéré pour une fracture de l'extrémité inférieure de la rotule. J'avais fait le cerclage. Le malade a marché parfaitement. Il s'est fait radiographier à nouveau trois ou quatre mois après, et cette radiographie a démontré que le cerclage n'avait été que provisoire : car le fil d'argent s'était cassé en deux endroits. Le malade, toutefois, n'avait éprouvé aucun trouble fonctionnel.

M. Lucas-Championnière. — J'ai présenté à la Société un malade intéressant dans cet ordre d'idées. Il a été radiographié après des sutures de tendon. Les sutures avaient été utiles, mais les fils étaient rongés. Le fil d'argent avait cédé en deux endroits différents, il n'avait donc pas cassé. Pour moi, je crois que les fils d'argent que nous employons maintenant sont inférieurs à ceux que nous employions autrefois. Ils se mangent davantage. Il serait utile de pouvoir radiographier d'anciens opérés pour pouvoir bien constater ce fait. Désormais, je compte me servir de fils de platine, qui ne se laissent pas attaquer.

M. Poirier. — Le résultat obtenu est l'idéal de la réunion' aucun procédé n'en pourrait donner de pareil. Je remarque que les rotules sont très notablement élargies et qu'il y a un peu d'arthrite sèche ; je demande si cette hypertrophie existait avant le cerclage.

M. Ricard. — Sur le malade dont j'ai fait le cerclage, la rotule paraissait très élargie. La radiographie a montré que cela dépendait de dépôts osseux.

M. Lucas-Championniere. — On connaît cet élargissement de la rotule dans les fractures de cet os. Les fractures semblent en effet se produire de préférence sur les grosses rotules. L'élargissement peut donc être antérieur à la fracture. De même, il n'est pas étonnant de trouver de l'arthrite sèche. Il y a des troubles trophiques qui, probablement, prédisposent à cette fracture. Ne se casse pas, en effet, la rotule qui veut ; ainsi, ce malade a eu les deux rotules fracturées. Il faut donc bien admettre une prédisposition. Quoi qu'il en soit, M. Lejars a obtenu un excellent résultat.

M. Delbet. — J'ai eu occasion de suturer dans une même séance les deux rotules sur un malade de l'hôpital Laënnec. Je n'ai pas fait le cerclage, mais la suture directe. Le 14e jour, le malade s'en allait guéri. J'avais l'intention de dire pour l'élargissement de la rotule ce que vient de dire avec plus d'autorité que moi M. Lucas-Championnière. Cette question me paraît directement en rapport avec l'arthrite sèche que M. Poirier constatait sur le malade de M. Lejars. J'avais cru, au début, que cette arthrite était due à la suture ; mais je suis revenu de cette idée en voyant un malade qui avait eu les deux rotules fracturées successivement. D'un côté, on avait fait la suture ; de l'autre, pas, et les deux genoux avaient de l'arthrite

sèche. J'ai vu également des malades qui ne s'étaient cassé qu'une rotule et qui avaient dans les deux genoux de l'arthrite sèche. Pour moi cette arthrite fait partie des troubles trophiques qui diminuent la résistance de la rotule; loin d'être la conséquence de la fracture, elle en est plutôt la cause.

M. BERGER — J'ai vu l'autre jour un malade auquel j'avais fait il y a trois ans, à Lariboisière, la suture de la rotule. Le résultat était parfait au point de vue fonctionnel, bien qu'il y eût un peu de craquement et d'arthrite sèche. J'ai fait faire la radiographie, la rotule était augmentée de volume; le fil n'avait toutefois pas été coupé et tenait encore.

Présentation de pièces.

M. MICHAUX présente quatorze calculs du cholédoque et un calcul du canal cystique.

Au moment de la suture, il a eu un peu d'hémorrhagie et il a cru devoir se borner à mettre des pinces sur la région qui saignait.

La malade est aujourd'hui au dix-huitième jour, et est en parfait état.

M. TUFFIER. — *Adénolipome sus-claviculaire.* — Cette pièce paraît un simple et classique lipome; je l'ai enlevée hier dans mon service de la Pitié de la région sus-claviculaire d'une femme de vingt-sept ans qui le portait depuis six ans.

L'aspect clinique était celui d'un volumineux lipome; toutefois la pression profonde révélait dans le creux sus-claviculaire quelques noyaux arrondis, durs, qui m'avaient fait porter le diagnostic adéno-lipomatose, d'après le travail de Launois. L'extirpation faite, la pièce nous montre, au milieu de ces lobules graisseux, plusieurs masses crétacées et calcaires arrondies et un gros ganglion lymphatique.

MM. Cazin, Launois et Bensaude ont fait l'examen des masses crétacées. Il s'agit bien d'une affection des ganglions lymphatiques.

Ce fait vient donc à l'appui de la théorie récente qui voit dans

certains lipomes une conséquence d'une inflammation ganglionnaire véritable périadénite lipomateuse.

M. Delbet. — Nous connaissons beaucoup de lipomes qui se développent ainsi autour d'organes enflammés ; mais le mot d'adénolipome me paraît impropre et de nature à confusion ; il vaudrait mieux dire lipome inflammatoire.

Le Secrétaire annuel,
P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. GUINARD et une autre de M. SCHWARTZ, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Un travail de M. GELLÉ, membre correspondant : *Perforation siégeant sur la face antérieure du cæcum. Péritonite localisée, laparotomie, établissement d'un anus cæcal, oblitération en une seule séance; deux mois après, guérison;*

4° Un travail de M. FORGUE, professeur à Montpellier, membre correspondant, sur *un cas de tétanos traumatique, injection d'antitoxine*, qui sera lu au cours de la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos d'un cas d'actinomycose.

M. A. PONCET. — A la séance du 23 novembre dernier, M. le professeur Robert, du Val-de-Grâce, vous a présenté un très beau cas d'actinomycose cutanée. Il avait bien voulu quelques semaines auparavant me montrer ce malade, et les caractères des lésions étaient tels que je n'avais pu que confirmer ce diagnostic d'actinomycose.

Dans la discussion qui suivit cette présentation, notre honorable président, M. Berger, s'exprima en ces termes :

« Il me semble qu'on prend un peu trop l'habitude de faire le diagnostic d'actinomycose sans examen histologique positif, à Lyon surtout; je le regrette, car cette manière de faire ne peut qu'ajouter aux obscurités de la question (1). » Je tiens à protester contre un tel langage et je regrette que M. Berger n'ait pas parcouru notre récent *Traité clinique de l'actinomycose humaine* (A. Poncet et L. Bérard); il y aurait lu, dès les premières pages (Avant-propos, page VII), les lignes suivantes, que je transcris et qui lui auraient certainement enlevé toute crainte, relativement à « *nos habitudes de diagnostic* » :

« Ainsi que l'on en jugera par les observations et les dessins contenus dans le texte, la plupart de nos malades ont été suivis pendant longtemps après leur sortie de l'hôpital. *Chez tous, nous avons cherché à établir péremptoirement le diagnostic par la constatation microscopique et souvent par le contrôle du champignon rayonné.* Ce contrôle, à l'heure actuelle, est encore indispensable, quoique l'expérience clinique nous ait appris que le diagnostic séméiologique de l'actinomycose a, par lui-même, autant de chances d'exactitude que le diagnostic, par exemple des manifestations tuberculeuses et syphilitiques, pour la sûreté duquel d'autres méthodes d'investigation ne sont plus nécessaires. »

Quant aux « obscurités de la question » nous pensons avoir contribué, M. L. Bérard et moi, à les faire disparaître, et si M. Berger veut bien se reporter à notre chapitre VIII, *Actinomycose de la peau et des membres* (*loc. cit.*, page 309), il y verra des descriptions cliniques et des dessins de manifestations actinomycosiques qui correspondent tout à fait aux lésions dont le malade de M. Robert est porteur.

En terminant, je ferai encore remarquer que l'actinomycose humaine se rencontre, à n'en pas douter, beaucoup plus souvent qu'on ne le supose; c'est ainsi que pendant le dernier Congrès de chirurgie plusieurs de nos collègues ont été assez aimables pour me montrer trois malades atteints d'actinomycose cervico-faciale tout à fait classique, sans parler du malade de M. Robert.

(1). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, n° 34, 1046, 29 novembre 1898.

Au sujet de la lympho-lipomatose.

M. PIERRE DELBET. — Je demande la permission d'ajouter quelques mots à ce que j'ai dit dans la précédente séance, à propos de la pièce très intéressante qu'a présentée M. Tuffier.

Les lipomes ou fibrolipomes d'origine inflammatoire sont extrêmement fréquents. On les observe autour de tous les viscères enflammés, reins, rectum, vessie, et ils peuvent se développer également autour des ganglions; j'en ai observé un cas très remarquable chez un malade qui avait une hypertrophie ganglionnaire généralisée du type lymphadénome. Le malade a été vu par M. Hayem, qui a fait le même diagnostic que moi : lymphadénome avec développement lipomateux périganglionnaire. Les tumeurs étaient volumineuses, mais les ganglions très petits, je puis l'affirmer, car j'ai enlevé un des ganglions de l'aine. Ce ganglion, de couleur noirâtre, n'était guère plus gros qu'une amande, et la coque lipomateuse qui l'entourait lui donnait le volume d'une grosse noix. Je reviendrai quelque jour sur ce cas, quand je publierai la suite de mes recherches sur l'origine infectieuse du lymphadénome.

Je me borne ici à la question du développement des tumeurs graisseuses autour des ganglions chroniquement enflammés, et je dis que les lipomes ou lipomatoses périganglionnaires doivent rentrer dans le grand groupe des lipomes ou lipomatoses périviscérales. C'est tout simplement un mode de réaction du tissu cellulaire devant l'inflammation chronique.

Il s'agit de savoir si ces productions graisseuses doivent rentrer dans le groupe des lipomes. Je ne vois aucune raison de les en séparer, ainsi que je l'ai déjà exposé dans mon travail sur les néoplasmes. Au point de vue anatomique, ils ont la même structure. Au point de vue physiologique, ils ont le caractère de persistance qu'on considère comme appartenant en propre aux tumeurs. Ils persistent en effet, même chez les malades très amaigris. Il ne reste donc que la question étiologique. Mais parce qu'ils ont une origine inflammatoire, est-on autorisé à les séparer des autres lipomes? Je ne le pense pas, car on trouve à l'origine de bien des lipomes, un traumatisme, tantôt un traumatisme violent et unique, comme dans le cas de Broca (lipome de la fesse), dans celui de Reboul (lipome de l'épaule), tantôt et plus souvent des contusions chroniques. Tout le monde connaît les lipomes de la nuque des porte-faix, les lipomes de l'épaule des menuisiers, les lipomes de la tubérosité antérieure du tibia chez les religieuses, les lipomes lombo-sacrés des porteurs de bandage herniaire. Dans

tous les cas d'origine traumatique, l'inflammation chronique joue un rôle indiscutable. Je rangerai dans le même groupe les pseudolipomes des rhumatisants, dont le développement est lié à des fluxions arthritiques.

Est-ce à dire que tous les lipomes soient d'origine inflammatoire ? En aucune façon. Il en est un autre groupe qui doit rentrer dans le cadre des malformations. Ce sont les lipomes congénitaux, superficiels ou profonds, les lipomes qui sont liés au rachischitis et ceux bien plus fréquents qui se rattachent aux angiomes ou aux lymphangiomes. Vous connaissez tous les angiomes lipomateux, que M. Monod a si bien étudiés. Entre les angiomes qui contiennent seulement quelques lobules graisseux, et les lipomes purs, on trouve tous les intermédiaires, si bien qu'on peut considérer certains angiomes sous-cutanés comme véritablement lipogènes.

Il me semble donc qu'au point de vue étiologique les lipomes peuvent être divisés en deux grandes classes : les uns sont des produits d'inflammation chronique, les autres sont des malformations dont le plus grand nombre se rattache aux angiomes.

Quant à la dénomination d'adéno-lipome, je la considère comme tout à fait vicieuse. Notre nomenclature est malheureusement très mal faite. On en souffrira de plus en plus à mesure que se préciseront nos connaissances théoriques, et un jour viendra où la revision de la nomenclature s'imposera avec toute la force d'une nécessité. Ce jour n'est peut-être pas venu; ce n'est pas une raison, cependant, pour introduire dans notre langage des termes qui prêtent à confusion. Le mot adénite désigne bien les inflammations des ganglions lymphatiques, mais le mot adénome ne s'emploie pour aucune affection de ces ganglions; il a un tout autre sens, et le mot adéno-lipome éveille forcément dans l'esprit l'idée d'adénome.

Non seulement il prête à confusion, mais il pèche par sa conception même. Si on acceptait le principe d'après lequel il est formé, il faudrait immédiatement construire toute une série d'autres mots du même type, rectolipomes, rénolipomes, vésicolipomes, pour désigner les lipomes périrectaux, périrénaux, périvésicaux, tous mots aussi inutiles qu'incompréhensibles. La dénomination qui convient à ces productions périganglionnaires dont M. Tuffier a présenté un très bel exemple, c'est celle de lipome périganglionnaire d'origine inflammatoire.

M. Hartmann. — Je ne relèverai qu'un mot de la communication de M. Delbet. M. Delbet nous dit que les formations lipomateuses viscérales, périrénales et périrectales sont des lipomes.

J'ai, en 1885, étudié à la Société anatomique les formations lipomateuses périrénales; plus tard à propos de la chirurgie du rectum, j'ai étudié les périrectales. Or, je crois, d'après ce que j'ai vu, qu'il y a entre ces formations et les lipomes vrais non seulement des différences d'origine, mais encore des différences anatomiques. Pour nous, chirurgiens, le lipome est une tumeur graisseuse molle et nettement limitée; or, les productions lipomateuses periviscérales ont des contours diffus et sont plus dures, plus scléreuses que le lipome chirurgical vrai.

M. Tuffier. — La pièce que je vous ai présentée a trait à une production graisseuse, lipomateuse, développée autour de ganglions malades et simulant un lipome vrai, simple, classique.

M. Delbet trouve la dénomination « adéno-lipome » mauvaise; cette critique s'adresse à MM. Launois et Bensaude, qui l'ont créée. Je ne trouve pas meilleure celle de « lipome inflammatoire ».

Pour bien montrer la nature des lésions, je l'appellerais « périadénite lipomateuse », terminologie conforme à celle des états analogues (périnéphrite, péricystite lipomateuses).

Quant à la division que M. Delbet propose, nous la faisons tous. Il y a longtemps que nous connaissons les lipomes congénitaux et les angiomes lipomateux, et que nous savons qu'un frottement répété a pu être le point de départ d'un lipome. M. Delbet aurait pu y ajouter ces curieux pseudo-lipomes symétriques sus-claviculaires, que M. Verneuil (1879) et M. Potain (1882) nous ont fait connaître autrefois et qui constituent une autre lésion.

Le fait que je vous ai présenté est distinct de toutes ces variétés; il se rapproche des états pathologiques multiples, décrits par Launois sous le nom d' « adénolipomatose symétrique »; il s'en distingue par la non-symétrie des lésions qui étaient unilatérales. Pour tout le monde, l'aspect clinique et anatomique de la lésion était, chez ma malade, celui d'un vulgaire lipome sus-claviculaire. Pour nous, après connaissance des travaux de nos collègues, nous avons posé le diagnostic d'« adéno-lipome » et la pièce enlevée témoignait d'une infection ganglionnaire dont les traces se retrouvent sous forme de petits ganglions crétifiés autour desquels s'était développé un lipome.

Pendant mon opération, j'ai pu m'assurer qu'une partie de la tumeur était énucléable, mais lobée, et pénétrait dans les espaces intermusculaires; l'autre, la plus considérable, était diffuse, infiltrée et devait être sculptée jusque dans les aréoles du derme. Cette diffusion, cette infiltration est, nous le savons depuis Godart (1858), bien plus marquée, dans les lipomatoses périviscérales (périnéphrite, péricystite) que dans les lipomes vulgaires, qui, quels

que soient leur forme et leur volume, s'énucléent et s'enlèvent généralement d'un tour de doigt.

M. Lejars. — Je crois aussi qu'il y a une différence fort accusée entre le lipome banal, quels que soient son volume et son encapsulement plus ou moins complet, et ces lipomatoses diffuses et parfois généralisées, dont on a cité des exemples. J'ai eu l'occasion de voir et de suivre assez longtemps le malade dont vient de parler notre collègue, M. Delbet : il est resté plusieurs mois à l'hôpital Beaujon, et les tumeurs mollasses qu'il portait sur les côtés du cou se sont étendues à la nuque, aux régions sous-claviculaires, aux aisselles, et ont pris, sous nos yeux, un développement considérable. A un certain moment, son état général est devenu fort précaire, et, de plus, il a présenté des phénomènes inquiétants de compression médiastinique. Mais ces accidents paraissent s'être amendés, car je l'ai rencontré, il y a quelques semaines, portant toujours l'énorme fardeau de son cou entre ses épaules, dont la déformation est monstrueuse, mais paraissant, en somme, plus valide. Ce malade a été vu et étudié aussi par MM. Launois et Bensaude, et sa photographie figure dans leur mémoire.

J'ai vu, il y a quelques années, à la Pitié, un autre cas de lipomatose diffuse. C'était chez une femme très cachectique, dont la difformité était extrême; le volume considérable du cou, de la nuque, des seins, contrastait singulièrement avec l'amaigrissement des membres inférieurs.

Voilà donc une forme de lipomatose diffuse qui revêt, en clinique, des allures véritablement malignes; il y a là, à n'en pas douter, autre chose que du lipome.

M. Ricard. — J'ai observé trois cas d'adéno-lipome, comme ceux qu'ont décrits M. Bensaude et Launois. Un de ces cas a évolué sous mes yeux. Le malade était un facteur, il avait un lipome de la nuque, symétrique, en forme de croissant dont les pointes auraient été dirigées en bas; il n'a pas été opéré. Les deux autres cas étaient analogues. Cette adéno-lipomatose a quelque chose de spécial. Ce n'est pas du lipome ordinaire : il plonge dans les aréoles du derme, il faut le sculpter pour ainsi dire, il ne s'énuclée pas.

Je n'ai jamais trouvé aucun tissu de ganglion dans la masse de la tumeur.

Cc'est donc un lipome particulier, adhérent partout, non encapsulé, très spécial, quelque chose d'aigu, d'évoluant, et non quelque chose de passif comme le lipome ordinaire.

M. P. Delbet. — Je distingue dans ce que viennent de dire mes collègues trois ordres de faits : la circonscription, la structure que M. Hartmann a principalement envisagées, et enfin les lipomatoses malignes.

Je reconnais très volontiers avec M. Hartmann que les lipomes sont ordinairement circonscrits. Cependant, cette circonscription n'est pas toujours très nette. Dans bien des cas, on trouve, en opérant, plus d'adhérences qu'on ne s'y attendait. Les angiolipomes ne sont pas nettement circonscrits. Aussi je ne crois pas qu'on puisse, en s'appuyant uniquement sur ce caractère, éliminer certaines productions graisseuses du groupe des lipomes.

Quant à la structure, elle ne me paraît pas si différente. M. Hartmann nous dit que les lipomatoses périviscérales sont en général plus dures, plus fibreuses que les lipomes. Oui, certainement, elles sont plus dures que les lipomes purs. Mais à côté des lipomes purs, il y a les fibrolipomes ; il y a même des tumeurs où l'élément fibreux l'emporte sur l'élément adipeux, et celles-là sont aussi dures et même plus dures que les lipomatoses périviscérales.

J'arrive au point qui me paraît de beaucoup le plus important : les adénolipomatoses malignes dont a parlé Lejars. Notre collègue Ricard a cité un fait de lipomatose dans lequel il n'a pas trouvé de ganglions ; je laisse ce fait-là de côté, je ne sais pas ce dont il s'agit. Mais sur les adénolipomatoses malignes, j'ai une opinion nettement arrêtée. Ce qui est grave là, ce qui est malin, ce n'est pas du tout la production graisseuse, c'est l'affection ganglionnaire qui l'engendre. Le tissu adipeux a la même signification que celui qui se développe autour des viscères enflammés ; il n'a pas plus de gravité ou plus d'importance que celui qu'on trouve autour des reins en cas de pyélite, autour des vessies atteintes de cystite. De même que c'est la pyélite, de même que c'est la cystite qui est grave, de même aussi c'est l'affection ganglionnaire qui est maligne, et je la considère comme une forme de lymphadénome.

M. Ricard. — Je ferai remarquer que ce n'est pas moi qui ai étiqueté cette maladie, je l'ai prise telle que l'ont nommée M. Launois et Bensaude qui l'ont décrite.

Sur les abcès cérébelleux.

M. Broca. — Je me trouve, aujourd'hui, dans la posture un peu anormale d'avoir à défendre M. Gaudier contre son rapporteur. La critique, je le sais, n'a été que bien légère; à vrai dire, c'est plutôt une impression d'ensemble, qui se dégage à la fois du rapport de M. Picqué et du travail lu par MM. Picqué et Mauclaire au dernier Congrès de chirurgie. Il m'est permis de tenir compte de celui-ci, puisque M. Picqué a entrepris à propos de l'observation de M. Gaudier, il a pris soin de vous le dire, les recherches qui lui servent de base.

L'observation de M. Gaudier peut se résumer de la manière suivante : diagnostiquant une otite suppurée avec complication intracranienne probablement cérébelleuse (titubation, chute en demi-tour, paralysie faciale légère, strabisme), M. Gaudier s'occupa d'abord de l'oreille; après ouverture large de l'apophyse et de la caisse, il évacua un abcès extradural, puis, dans la brèche agrandie en arrière, incisa la dure-mère et draina un abcès cérébelleux superficiel. L'enfant guérit.

Le mémoire de MM. Picqué et Mauclaire peut se résumer de la façon suivante : quand on soupçonne une suppuration intracranienne de la loge cérébelleuse, comme le diagnostic exact du siège de la collection est impossible, il convient d'explorer largement toute la loge après avoir rabattu en dedans, dans un lambeau ostéoplastique, la moitié inférieure de l'écaille occipitale.

Or, je crois que, pour la très grande majorité des cas, on se trouvera bien d'agir exactement comme M. Gaudier.

Un premier point est acquis, et, depuis 1893, je crois n'avoir pas été étranger à sa démonstration : étant donnée une otite moyenne chronique avec accidents cérébraux, que vous décidiez d'explorer de parti pris et immédiatement l'intérieur du crâne ou que, les symptômes étant moins pressants, vous décidiez de différer ce second temps, vous devez, toute affaire cessante, ouvrir complètement l'apophyse, l'*aditus ad antrum* et la caisse du tympan. J'y insiste, parce que ce précepte, admis par tous mes collègues *en principe*, n'est pas toujours appliqué *en pratique*. Ainsi, M. Guinard vous a montré dans la dernière séance une pièce où n'étaient ouverts ni la caisse, ni l'aditus, et à peine l'antre proprement dit; et c'est la reproduction à peu près fidèle (à part l'ouverture moins nette de l'antre) de la figure où Mignon représente son procédé transmastoïdien. Regardez les figures que j'ai publiées dans nos Bulletins (1896) et que je reproduis aujourd'hui (fig. 4 surtout); comparez-les à celle de Mignon (*Des prin-*

cipales complications septiques des otites moyennes, Paris, 1898; p. 574), à la pièce de Guinard, et concluez s'il est juste de qualifier mon procédé transmastoïdien de *partiel*; celui de Mignon, au contraire, de *total* (Picqué et Mauclaire, *loc. cit.*, p. 154 et 158).

Donc, j'ai toujours conseillé l'évidement préalable *et total* de l'apophyse et de la caisse, et c'est parce que je mets ce conseil en pratique que, familier avec tous les recoins de cette vaste cavité osseuse, je reste un défenser acharné de la voie mastoïdienne, même pour les abcès de la fosse cérébelleuse. Tout ce que je puis concéder à M. Picqué, c'est l'épithète « partiel », car les adjectifs m'importent peu.

Quand on étudie l'anatomie pathologique des collections intracraniennes de la fosse cérébelleuse — et ici je m'appuierai avant tout sur les recherches si consciencieuses et si utiles de Picqué et Mauclaire — on apprend d'abord que, la plupart du temps, les poches extra-durales sont au contact direct d'un foyer d'ostéite; que souvent elles sont associées à la phlébite du sinus; que la plupart du temps l'une de ces lésions ou les deux à la fois accompagnent les abcès cérébelleux proprement dits, ou intraduraux. Certes, il est intéressant de préciser, comme l'ont fait Picqué et Mauclaire, le siège de ces abcès profonds dans le lobe cérébelleux. Mais, pour le praticien, il est encore bien plus important de retenir la fréquence avec laquelle les abcès intra-duraux sont en continuité avec une lésion extra-durale, abcès ou phlébite.

De là résulte d'abord que, dans la majorité des cas, le chirurgien sera, comme M. Gaudier, comme moi-même je l'ai été, conduit par l'évidement osseux bien complet jusqu'à la poche purulente intracranienne, révélée ou non par des symptômes spéciaux préalablement connus; et après avoir drainé la face externe de la dure-mère, il n'incisera de parti pris cette membrane, séance tenante, que si, comme M. Gaudier, il a un diagnostic établi sur des symptômes cérébelleux probants.

Dans un second ordre de cas, les symptômes sont révélateurs d'une lésion intracranienne cérébelleuse, mais après évidement pétromastoïdien, en aucun point la curette ne mord dans l'os friable jusqu'à pénétrer, d'elle-même pour ainsi dire, dans l'intérieur du crâne. Alors vous pouvez très facilement, par l'effondrement de la paroi du sinus latéral, entrer dans la fosse cérébelleuse, tout comme par l'effondrement de la paroi supérieure de l'attique et de la caisse vous explorez la fosse cérébrale. Cela fait, vous agrandirez à volonté à la pince gouge vers l'écaille de l'occipital, en arrière, aussi bien qu'en haut vers l'écaille du temporal. Faites, si vous voulez, un lambeau ostéoplastique libéré à la jonc-

tion de la voûte et de la base : contrairement à M. Picqué, je n'en vois pas le grand intérêt, mais je n'y trouve pas grand inconvénient; et au point de vue du procédé opératoire, c'est exactement la même chose.

Effondrez la paroi du sinus latéral, ai-je dit, c'est-à-dire la paroi postérieure de l'antre, et cela pour deux motifs : 1° dans la moitié des cas, avec la lésion de la fosse cérébelleuse, celle du sinus, première étape de l'infection, va avoir besoin de vous; 2° quand le sinus n'est pas thrombosé, c'est lui que vous devez ménager, pour vous porter soit en avant (collections antéro-internes), soit en arrière de lui (collections antéro-externes), et pour le ménager à coup sûr, la seule manière est de l'avoir bien à nu, sous votre œil, dans toute l'étendue de la perforation cranienne. Je vous présente une pièce où la loge sigmoïde est ouverte, et dites-moi si, en deux coups de pince-gouge, vous n'irez pas aussi loin que vous voudrez dans la fosse cérébelleuse. Resteront, il est vrai, les collections postéro-internes intra-cérébelleuses : elles sont d'une rareté extrême, et avant de me prononcer sur la valeur, à leur égard, de la craniectomie exploratrice et cadavérique de MM. Picqué et Mauclaire, j'attends le fait clinique probant, sinon avec guérison du malade, au moins avec ouverture d'une collection qui, sans cette craniectomie, eût été méconnue.

Car il faut y insister, la méthode proposée par MM. Picqué et Mauclaire est d'ordre purement cadavérique. Au contraire, l'attaque par la paroi postérieure de l'antre et la loge du sinus, c'est-à-dire la voie mastoïdienne — appelons-la partielle, pour faire plaisir à M. Picqué — a fait ses preuves sur le vivant. Lisez le livre si important de Macewen et vous verrez comment, à l'usage, un auteur qui avait d'abord imaginé des repères de trépanation indépendants de l'apophyse est devenu très nettement un opérateur mastoïdien. De la sorte, ses opérations sont devenues de plus en plus simples et efficaces, ses malades ont guéri de plus en plus.

Les guérisons obtenues par Macewen, par Gaudier, nous prouvent que par l'apophyse on peut ouvrir d'une façon suffisante la face postérieure du rocher, la loge du sinus; et moi-même j'ai évacué ainsi avec succès, en avant du sinus, un gros abcès de la fosse cérébelleuse; sur le vivant, je n'ai pu savoir où en était la dure-mère, mais j'ai enfoncé un drain droit vers le cervelet à 5 ou 6 centimètres de profondeur et j'ai conclu, comme probabilité, à une poche où, la dure-mère étant rongée, le cervelet lui-même était partie prenante; mais ce n'est qu'une hypothèse, puisque l'enfant a guéri.

Tout ce que j'affirme, c'est que j'ai ouvert la *loge cérébelleuse*,

c'est-à-dire la *face postérieure du rocher*, aussi bien que M. Gaudier. M. Picqué nous déclare que ce « procédé antérieur (voie mastoïdienne) » ne convient qu'aux abcès « des faces supérieures » du rocher; et pour les besoins de sa cause, il semble presque ranger dans ces abcès celui de M. Gaudier. Je n'ai nullement envie de discuter sur les mots, et pour peu que M. Picqué le désire, je mettrai la loge du sinus sur une des « faces supérieures » du rocher — je sais que c'est la nomenclature de certains auteurs en anatomie descriptive —; mais je maintiens, avec M. Picqué, que ces abcès sont le type de ceux de la fosse cérébelleuse et je maintiens, contre M. Picqué, que le plus court pour les trouver est d'aller au sinus; que d'autre part, pour trouver le sinus, l'antre mastoïdien est le plus sûr des repères.

Je crains que, dans tout cela, il n'y ait avant tout une confusion anatomique, et j'en trouve la preuve dans le texte de M. Picqué. Il nous dit : « Dès 1887, Wheeler avait proposé la voie mastoïdienne partielle (voie en Y, voie sus-attico-centrale). C'est une voie étroite, mais qui donne accès sur un certain nombre de collections. M. Gaudier y a eu recours dans son cas. Quoi qu'il en soit, le procédé est simple. Dès que l'attico-antrotomie a été pratiquée, il suffit de faire sauter d'un coup de ciseau le toit de la caisse et de l'antre ».

Parfaitement, pour les abcès extra ou intra-duraux de la fosse cérébrale, c'est-à-dire de celle « des faces supérieures du rocher » que chirurgicalement nous appelons supérieure. Mais jamais personne, ni Wheeler, ni moi, ni Macewen, ni Gaudier n'avons parlé d'effondrer le plafond pour aller au cervelet: et la voie « sus-attico-antrale » n'a en effet rien à voir avec le cervelet. La voie utilisable, c'est la « voie sigmoïdienne », si vous désirez un néologisme pour préciser. En 1896, j'avais cru que des figures probantes suffiraient à faire comprendre dans nos Bulletins quelques lignes d'un texte, laconique je le reconnais, dont j'avais donné ailleurs le développement, et j'ai à m'accuser aujourd'hui d'avoir induit mon ami Picqué en erreur par mon insuffisante clarté. Il m'aurait peut-être pardonné de lui avoir imposé un supplément de labeur s'il s'était reporté aux figures 50 à 55 de mon *Traité de chirurgie cérébrale*, p. 350 à 352. Aussi je prends la liberté de vous les mettre sous les yeux, en recopiant exactement leurs légendes. Après cela, vous vous demanderez peut-être ce que cette voie mastoïdienne a de « partiel »; et ceux de vous qui trouveront l'explication me feront grand plaisir en me la fournissant.

Voilà ce que je pense pour les cas relativement rares, où l'on a, comme M. Gaudier, la chance de constater une symptomatologie cérébelleuse assez nette. Que sera-ce donc pour ceux, les plus fré-

quents, où vous ne pouvez diagnostiquer ni le siège, ni même la

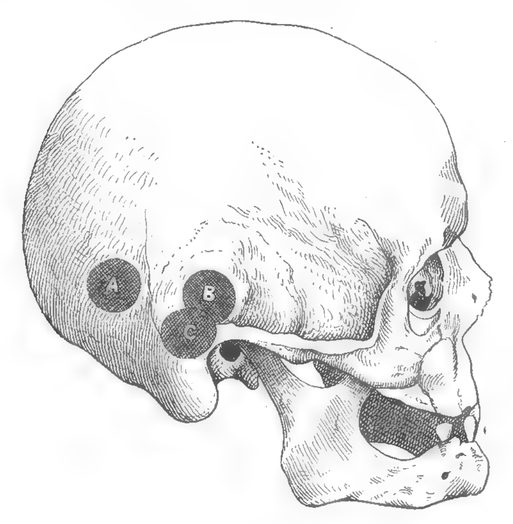


Fig. 1.

Les procédés rétro-mastoïdien (A); sus-auriculaire (B) et mastoïdien (C).



Fig. 2. — (Pièce du sujet de l'observation XXIII de mon *Traité*.)

Trépanation complète de l'apophyse et de la caisse; on constate que c'est, en les agrandissant, la réunion des rondelles C et B de la figure précédente, et en gagnant en outre au-dessus et en avant du méat.

nature exacte de la complication intracranienne? Allez aux lésions connues, celles de l'oreille, et cela fait, je crois avoir démontré

que vous êtes à portée de toutes les explorations utiles, sauf pour



Fig. 3. — (Pièce du sujet de l'observation XIV de mon *Traité*.)

La fosse temporale a été ouverte en faisant sauter le plafond de l'aditus. On voit que la brèche est large, qu'elle est exactement sus-auriculaire et qu'elle peut très facilement être agrandie en tous sens. Voyez fig. 5, son entrée dans la fosse cérébrale moyenne.



Fig. 4. — (Pièce du sujet de l'observation XVI de mon *Traité*.)

Outre la brèche sus-auriculaire précédente, on en voit une autre, qui conduit dans la fosse cérébelleuse; dans le cas particulier, elle répondait presque tout entière au sinus latéral. Voy. fig. 6 l'entrée de ces deux orifices dans les fosses cérébrale moyenne et cérébelleuse; et on constatera que, sans crainte du sinus, on peut même réunir les deux trépanations.

les *trés exceptionnels* abcès cérébelleux postéro-internes indépendants de toute continuité avec la lésion osseuse et pour les non

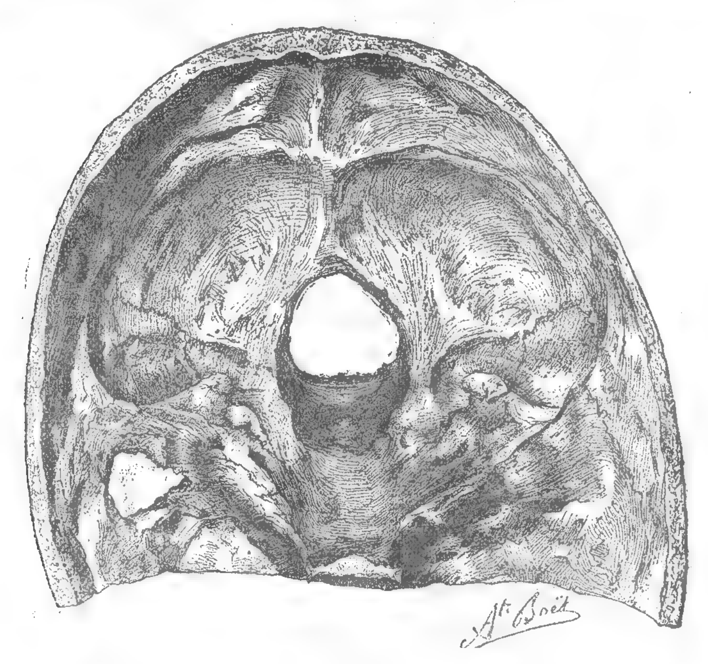


Fig. 5. — Entrée dans le crâne par la voûte de l'aditus.

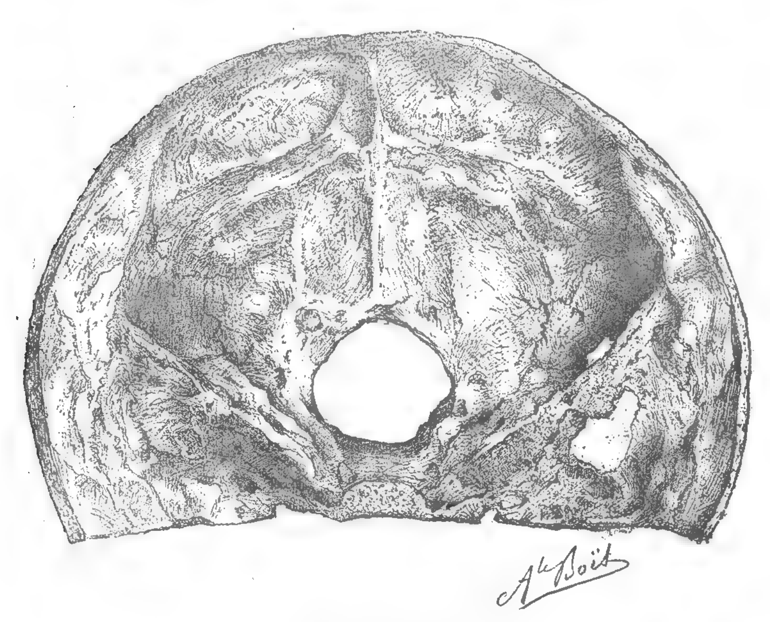


Fig. 6. — Entrée dans le crâne à la fois vers le cerveau et vers le cervelet.

moins exceptionnels abcès cérébraux du lobe frontal, par exemple.

Pour terminer, il me reste à signaler le désaccord qui existe entre M. Picqué et moi sur notre part respective dans les études opératoires sur la voie mastoïdienne.

En 1892, MM. Picqué et Février nous ont rendu le service de nous faire connaître l'importance, trop négligée en France, des collections péripétreuses; et pour les ouvrir, ils ont conseillé « d'ouvrir la mastoïde suivant les règles bien établies par Ricard, et de combiner cette ouverture avec celle du crâne, par le procédé de Wheeler », c'est-à-dire « de creuser par en haut le trajet opératoire », car Wheeler « ouvre le crâne à la hauteur du conduit auditif, en avant de la verticale qui divise la mastoïde en deux parties égales ». Quand il existe des troubles fonctionnels « attestant une localisation déterminée », « il est encore nécessaire de faire, dans un premier temps, une ouverture du crâne en ce point »; mais si, « dans les cas où le foyer cérébral est contigu, il peut même être ainsi ouvert et drainé », « dans la grande majorité des cas, il sera indispensable d'appliquer une nouvelle couronne de trépan, variable suivant les troubles psychomoteurs observés »; de même « dans les cas où l'on aura constaté l'existence d'un foyer contigu, difficilement accessible ».

Opérez comme le recommande M. Picqué, et vous entrez dans le crâne, en effet, *par la face latérale de la fosse temporale;* aussi manquerez-vous « dans la grande majorité des cas » les abcès temporaux, qui occupent la *face inférieure du lobe temporal*, à bonne distance de l'écaille temporale, seule visée dans le procédé Picqué-Wheeler. C'est que, dans le mémoire de Picqué et Février, il n'est pas question un instant de l'ouverture de l'apophyse (règles de Ricard), *complétée par celle de l'aditus et de la caisse;* cela n'est pas un reproche, puisque leur travail date d'une époque où les travaux de Stacke étaient encore incomplets et à peu près inconnus en France. Or, pour aborder en bon lieu les abcès cérébraux ordinaires, c'est-à-dire *temporaux* inférieurs — par une faute d'impression, M. Picqué me fait dire frontaux — il faut effondrer, non pas la base de l'apophyse, mais le *toit de l'aditus et de la caisse.* C'est ce que M. Picqué vous a dit dans la dernière séance; mais, ne lui en déplaise, ce n'est pas « cette voie mastoïdienne qu'il avait préconisée en décembre 1892 ». Avant d'effondrer par en haut l'aditus et la caisse, encore faut-il les avoir ouverts en dehors, technique opératoire encore bien peu connue parmi nous en 1892, et, en tout cas, paraissant ignorée encore de MM. Picqué et Février. Voilà d'où vient la divergence entre M. Picqué et moi : en 1892, il croyait que, dans la grande

majorité des cas, deux trépanations étaient utiles; en 1893, j'ai commencé à démontrer que, dans la grande majorité des cas, une seule trépanation par voie mastoïdienne suffisait. Aujourd'hui, M. Picqué pense que nos deux propositions sont identiques; je persiste à penser le contraire et à croire que j'ai contribué à perfectionner une technique, qui, après le mémoire de M. Picqué, restait encore mal précisée. Je n'insiste pas, puisque aujourd'hui nous sommes d'accord sur les faits pour les abcès temporaux; et j'ai tellement foi dans la vérité de ce que j'ai soutenu devant vous pour les abcès cérébelleux que je ne désespère pas de voir bientôt M. Picqué y reconnaître ses propres opinions.

M. Picqué. — Je demande à dire un seul mot. Il y a deux parties dans le discours de M. Broca : la première a trait à une question de priorité qui ne doit pas, il me semble, être portée à la tribune de cette Société;

La deuxième est une question scientifique, pour laquelle je demanderai la parole dans la prochaine séance.

Lectures.

Un cas de tétanos traité par l'injection intracérébrale d'antitoxine; Guérison.

par M. le Dr E. FORGUE, professeur à la Faculté de Montpellier,
et M. le Dr ROGER (d'Agde).

Observation. — Le nommé Mathieu (Antoine), âgé de trente-deux ans, agriculteur, se blesse, le 1er juin, en labourant : une des pointes de l'instrument s'enfonce dans le gros orteil gauche au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange. Malgré cette blessure, Mathieu continua quelques instants son labour. Après six ou sept jours de repos, Mathieu reprit son travail. Il le continua jusqu'au 3 juillet.

Dans la journée du 4 juillet, il ressentit, dans la jambe gauche, des douleurs irradiées jusqu'à la cuisse. Le 5, ces douleurs s'aggravèrent; en même temps, le malade éprouvait une certaine raideur dans les muscles de la nuque et de la mâchoire. Le 6 juillet, le Dr Roger (d'Agde) trouve un trismus très net et un commencement de contracture au niveau des muscles de la nuque : le pouls était à 110, la température à 37°, 6. Le traitement classique fut prescrit d'urgence : isolement; chloral et bromure à la dose quotidienne de 10 grammes; 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Dans les journées du 7 et du 8, l'état se maintint sans aggravation; le 10, trois injections

sous-cutanées de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique furent faites dans la journée et dans la nuit. Le 11, on fait trois nouvelles injections de 10 centimètres cubes. Pas de résultat appréciable : le trismus persistait; la contracture de la nuque gagnait les muscles du dos; la respiration était gênée et superficielle; il y avait de la dysphagie; le pouls était à 120, la température à 38°,4.

Dans la journée du 12, trois nouvelles injections de 10 centimètres cubes : nul résultat; le trismus est plus accentué, les muscles du dos se tétanisent, la contracture gagne les membres inférieurs; le pouls est à 120, la température à 38°, 5.

Le lendemain, 13 juillet, aggravation telle de tous les symptômes que la situation du malade paraît désespérée : le patient est en opisthotonos; il présente des crises convulsives violentes et fréquentes; le masque sardonique est très net; la contracture a gagné une partie des muscles de l'abdomen et de la poitrine, et la respiration est anxieuse; la déglutition est impossible. Le Dr Forgue, les Drs Roger, Biscons et Bedos considèrent le malade comme perdu, étant données l'aggravation soudaine de ce cas, qui paraissait devoir évoluer d'une façon chronique, et la généralisation de l'intoxication tétanique. L'injection intracérébrale de sérum antitétanique est proposée, comme ultime et précaire ressource, aux parents, qui l'acceptent.

La tête est rasée et aseptisée : malgré toutes précautions de douceur, ce simple soin détermine sept crises de secousses convulsives violentes. L'anesthésie chloroformique a été mal supportée : dès les premières inhalations sont survenus des phénomènes d'asphyxie très menaçants. Suivant les règles indiquées par Quénu, dans son observation première, nous faisons, à droite et à gauche, deux petits trous de trépan, et injectons, à six ou sept centimètres de profondeur, du côté droit 6 centimètres cubes, du côté gauche 7 centimètres cubes, en y mettant sept à huit minutes et en prenant soin de répandre une partie du liquide sous les enveloppes cérébrales, avant de retirer complètement l'aiguille.

L'opération avait lieu à 5 heures : de 5 à 7 heures, le malade a eu 30 crises convulsives provoquées par le plus léger bruit, par le simple frottement du drap de lit. La température est à 39 degrés; le pouls, à 120, la respiration très superficielle. Entre 7 heures et 11 heures du soir, les crises demeurent très fréquentes : on compte trente-huit secousses convulsives graves dans ce court laps de temps. Mais, à partir de 3 heures du matin, les crises commencent à s'espacer; la respiration devint plus aisée; la contracture des membres inférieurs tend à disparaître. Le soir du 14 juillet, l'amélioration tend à s'accentuer : les crises sont rares; il semble que la raideur des muscles de la colonne vertébrale diminue; et le malade peut faire quelques mouvements de latéralité du tronc dans son lit. En même temps que l'on insiste sur le chloral et le bromure, on fait, dans la journée du 14, deux injections de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique.

Dans la nuit du 14 au 15 juillet, le malade a pris un sommeil de quelques heures. Le 15, la température est à 37°, 8; le pouls est ramené

à 84; la dysphagie a presque disparu et le malade a pu prendre plusieurs bols de lait. Les secousses convulsives ont disparu; le malade peut ouvrir la bouche; le rictus a diminué; il ne persiste que de la raideur dans les muscles du cou et de la nuque; mais on note une excitation cérébrale très vive. Le lendemain, 16 juillet, l'amélioration est très grande, le rictus a cédé, le cou a perdu sa rigidité, la température est à 37°, 5, le pouls est à 80, la respiration à peu près normale. Mais l'excitation cérébrale persiste. Dans les journées des 17 et 18 juillet, la raideur de la nuque achève de disparaître; le malade peut s'asseoir dans son lit. A partir du 20, le patient s'alimente, dort profondément, et peut se lever quelques heures dans la journée. Après le 22 juillet, la guérison peut être considérée comme complète.

De cette intervention, qui a été une des premières en date, après celles de Quénu, de Garnier et de Bacaloglu, quel enseignement déduire?

1° Nous avons eu évidemment affaire à un tétanos *à incubation prolongée*, *à évolution d'abord lente* (puisque 8 jours se sont écoulés entre l'apparition du trismus et la généralisation des contractures). Or, il est cliniquement établi que, d'une part, les tétanos nés après le quinzième jour sont de pronostic plus favorable ; d'autre part, que les tétanos, de lente évolution, peuvent guérir par les simples moyens médicamenteux; et nous en avons eu encore un exemple cette année dans notre service. Mais, quand nous sommes intervenus, le tableau avait changé : en dépit du bromure et du chloral à hautes doses, en dépit des injections sous-cutanées de sérum antitétanique, l'affection, brusquement aggravée dans la nuit du 12 au 13 juillet, avait pris la forme aiguë : trismus total, opisthotonos, contracture des parois thoraciques et abdominales, température graduellement ascendante, respiration de plus en plus superficielle et fréquente, crises convulsives très rapprochées. Pour un clinicien, ayant une expérience suffisante de l'allure habituelle du tétanos, il était évident, devant cette généralisation des contractures ayant gagné les membres inférieurs, la poitrine et le ventre, que le cas était désespéré : quand le malade fut apporté sur la table d'opération, il était d'une rigidité absolue, en opisthotonos ; et il n'y avait point à discuter le diagnostic de méningite cérébro-spinale. La distinction classique entre le *tétanos aigu*, presque toujours mortel, et le *tétanos chronique*, capable de guérir parfois par les seuls soins médicaux, est exacte et répond à la moyenne des faits cliniques; mais, entre ces deux espèces, il existe bien des variétés. Et l'on comprend que l'intensité et l'acuité de la maladie varient suivant la dose et le mode de l'intoxication : tel foyer circonscrit, superficiel, presque cicatrisé,

comme c'était le cas chez notre malade, ne fournit qu'une dose faible de toxine qui fait un empoisonnement de lente évolution; puis, un jour, la production de toxines s'accentuant et aussi les doses successives additionnant leurs effets, l'empoisonnement tétanique tend brusquement à gagner la moelle supérieure. L'affection prend alors le type aigu; et ce n'est point le chloral et le bromure qui suffisent alors à limiter cet empoisonnement; le sérum introduit sous la peau n'y réussit point davantage. Le seul remède est de porter, comme Roux et Borrel nous l'ont appris, l'antitoxine directement dans le cerveau. Assurément, nous, cliniciens, devons, comme l'a dit Lucas-Championnière, nous attendre à voir souvent, chez l'homme, le tétanos aigu, bulbaire dès le début, demeurer inguérissable; et, d'ailleurs, Roux et Borrel eux-mêmes ont, avec sagesse, indiqué les limites d'action de l'injection intra-cérébrale. Il n'en est pas moins indiqué, *toutes les fois que la forme clinique de l'intoxication tétanique en laisse le temps*, de tenter, au prix d'une intervention très simplifiée et accélérée (un petit trou à la voûte suffisant, comme l'a réglé Quénu) la préservation des portions vitales de la moelle. Les cas d'insuccès ne démontrent que la gravité des formes et ne sauraient disqualifier la méthode; non plus que les intoxications diphtéritiques, incurables par le sérum de Roux-Behring, ne peuvent servir d'argument contre la sérothérapie de la diphtérie. Et, ici comme partout, la précocité de l'action est un élément prépondérant du succès.

2° La considération du type du foyer tétanigène doit avoir sa valeur, au point de vue du pronostic thérapeutique. Dans notre cas, il s'agissait d'une menue plaie, superficielle, réduite à une croûte épaisse du gros orteil et, d'un coup de forts ciseaux, nous avons emporté ces tissus, où l'infection tétanique était pure. Au contraire, quand il s'agit de graves traumatismes des membres, où l'infection est polymicrobienne, où la septicémie se combine au tétanos, il est manifeste que les conditions de défense des cellules nerveuses, si sensibles aux poisons septiques, sont défavorables et que leur atteinte par la toxine tétanique en est d'autant facilitée. A dose égale d'intoxication tétanique, l'injection intracérébrale réussira mieux dans le cas d'une plaie simplement infectée par le bacille de Nicolaïer que dans celui d'un foyer à infections combinées. En toute hypothèse, au surplus, l'irradication du point tétanigène est une bonne mesure, complémentaire de l'injection.

3° La continuation de la médication — bromure, chloral et morphine — capable d'agir sur les éléments nerveux atteints par le poison, est une ressource à maintenir avec insistance. De même nous pensons qu'il faut continuer les injections sous-cutanées de

sérum, surtout lorsqu'il s'agit, comme dans notre cas, d'un foyer tétanigène superficiel, le contre-poison étant ainsi porté au contact de la toxine qui peut encore venir du foyer.

Péritonite par perforation siégeant à la face antérieure du cæcum. Laparotomie. Anus iliaque. Suture en une séance de l'anus contre nature ; deux mois après, guérison ;

par M. le Dr GELLÉ (de Provins), membre correspondant.

Le nommé Victor Brun..., maçon, âgé de trente-deux ans, est amené à l'Hôtel-Dieu de Provins le 28 janvier 1896, dans l'après-midi.

Bien qu'habitant la France depuis un an, le malade, Italien d'origine, parle à peine le français et ne peut donner que des renseignements très imparfaits sur le début et la durée de sa maladie.

Le patron qui l'emploie comme ouvrier de ferme et qui l'a amené, a déclaré à la sœur de service que son ouvrier paraissait mal en train depuis quelques jours et que l'avant-veille, c'est-à-dire le 26, il avait été pris de douleurs abdominales très violentes, de vomissements et de fièvre. Le lendemain, 27, un médecin avait été appelé et avait conseillé le transport immédiat du malade à l'hôpital, mais ce transport n'avait pu avoir lieu plus tôt ; du reste, depuis la visite du médecin, cet homme paraissait moins souffrir.

A l'examen, le malade présente bien le facies abdominal; il a beaucoup souffert pendant le trajet de 16 kilomètres qu'il vient de faire en voiture.

Le ventre est tendu et douloureux; cette douleur, généralisée, paraît plus vive dans la région cæcale.

A ce niveau, on constate un empâtement profond, dépassant comme étendue la ligne médiane, sans rougeur ni altération de la peau.

La soif est vive, la langue sèche; la température à 39°,2.

Prescription : Bain, pansement boriqué, 1 gr. 50. Benzo-naphtol.

Le lendemain, 29 janvier, l'état est le même; le malade souffre cependant un peu moins ; la température est de 38°,4.

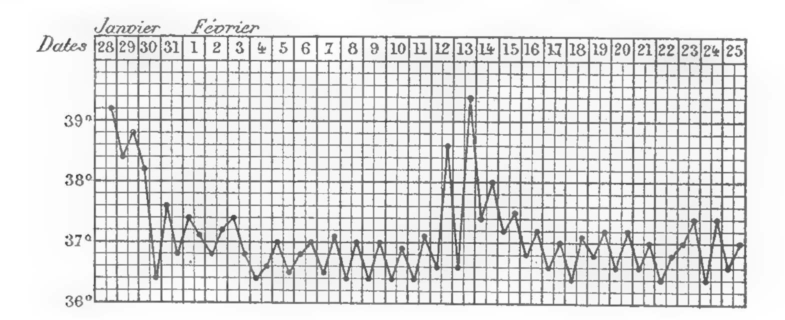
Opération, avec l'assistance du Dr Merlin et du Dr Desprez, médecin-major. — Incision latérale droite répondant à la partie la plus saillante de la région empâtée. A peine le péritoine est-il ouvert qu'il s'écoule une quantité assez considérable de liquide jaunâtre, sans odeur, très fétide, constitué par du pus et des matières fécales.

L'épanchement évacué, la cavité est lavée largement à l'eau bouillie, on trouve sur la face antérieure du cæcum une ulcération à bords déchiquetés noirâtres, des dimensions d'une pièce de 20 centimes.

Etant donnés l'état général et les adhérences qui avaient isolé la séreuse, je me décidai à ouvrir largement le cæcum et à le fixer à la

peau ; deux points de suture aux angles : quatre de chaque côté affrontèrent exactement l'intestin et la paroi.

Les suites ne présentèrent rien de particulier; dès le lendemain, la fièvre tomba à 37 degrés pour s'y maintenir, sauf pendant deux jours, les 12 et 13 février, sous l'influence d'une poussée de grippe.



L'alimentation se faisait bien, mais toutes les évacuations s'accomplissaient par la plaie, ce qui, malgré les précautions prises, détermina bientôt un érythème très pénible de la peau avoisinante. Aussi le malade réclama-t-il énergiquement la guérison de son infirmité. Comme l'état général était devenu excellent, je me décidai à intervenir le 26 mars.

Etaient présents: les Drs Merlin, Jorand (de Nangis), Desprez et Husson, médecins militaires.

La région désinfectée autant que possible et l'intestin fermé par un tampon de gaze iodormée introduit dans le bout supérieur, je détache au bistouri les adhérences de l'intestin à la peau en suivant exactement la ligne de démarcation de la paroi. Ces adhérences s'étendent sur 1 centimètre à 1 cent.5; la dissection se fait d'abord de dehors en dedans, puis, une fois le péritoine suffisamment ouvert, de dedans en dehors.

L'intestin, complètement libéré, est attiré hors de la plaie ; l'appendice situé à la partie postéro-inférieure, paraît sain et est laissé en place ; la perforation est fermée par une suture de Lembert : la soie à deux étages et l'intestin abandonné; la paroi est fermée par deux plans de suture, le profond au catgut, le superficiel au crin de Florence.

Pansement à la gaze iodoformée.

Le malade reporté dans son lit, il lui est fait une injection de 1 centigramme de morphine.

Diète absolue. 1 centigramme d'extrait thébaïque toutes les deux heures.

Le soir, température 37°,7.

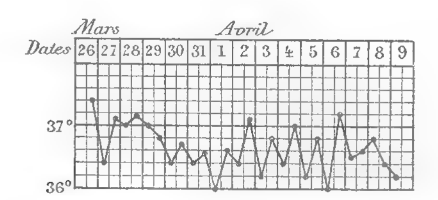
Le 27. — Pas de vomissements. Etat général bon. Soif assez vive, calmée par de petits fragments de glace, quelques cuillerées à café de vin de Champagne. Continuer les pilules toutes les trois heures. Température : matin, 36°,4; soir, 37 degrés.

Le 28. — Température : matin, 37 degrés ; soir, 37°,2.

En aucun moment il n'y eut de fièvre ; le malade réclame à manger et on a beaucoup de peine à lui faire comprendre l'importance de la diète prescrite. Peu à peu, du reste, l'alimentation est augmentée : lait, bouillon ; le 1er avril, le pansement est fait ; la plaie n'est pas réunie dans toute son étendue, ce qui tient à l'état dans lequel se trouvait la peau ; le ventre n'est pas douloureux ; il n'y a pas eu encore de garde-robes, mais le malade a rendu plusieurs fois des gaz par l'anus.

Le 2, 20 grammes d'huile de ricin qui provoquent sans douleur une évacuation abondante. Légère augmentation dans le régime : purée, viande crue.

Le 5, pansement ; la plaie est presque complètement cicatrisée.



Le 9, dernier pansement ; la plaie n'est plus protégée que par une couche d'ouate.

Le malade commence à se lever.

La guérison se poursuit, et le 1er mai 1896 il quitte l'Hôtel-Dieu pour être rapatrié en excellent état et sans menace d'éventration.

Les récentes discussions de la Société de chirurgie ont montré que le cæcum pouvait être le point de départ d'accidents analogues à ceux produits par les lésions de l'appendice. L'observation que nous venons de rapporter en est une preuve.

La première intervention fut pratiquée du reste avec l'idée de trouver un appendice malade dans le cours de l'opération. La nature de la lésion nous fit penser à la possibilité d'une perforation due à une fièvre typhoïde en évolution, mais la marche ultérieure de la maladie ne confirma pas cette manière de voir.

D'autre part, rien ne permet de croire à l'existence d'une ulcération tuberculeuse ; le malade était indemne de toute manifestation de cette nature et la rapidité avec laquelle il a repris ses forces et son embonpoint doit faire écarter cette hypothèse.

Aucun corps étranger n'a été rencontré dans l'épanchement évacué, mais en interrogeant le malade, ce qui était devenu plus facile à la fin de son séjour à l'hôpital, nous apprîmes qu'à deux reprises déjà il avait eu dans son pays des accidents analogues : coliques violentes, vomissements ; avec du repos, des cataplasmes, tout rentrait dans l'ordre en un ou deux jours.

Force nous est donc de rester dans le vague sur la pathogénie de cette perforation, mais nous avons cru le fait assez intéressant pour être communiqué à la Société de chirurgie.

Présentation de malades.

M. Billot présente un malade atteint de fracture de l'atlas et luxation de l'axis consécutives à une chute sur la tête et n'ayant pas amené d'accidents graves.

— Remis à l'examen d'une commission : M. Picqué, rapporteur.

M. Souligoux présente une gastro-entéro-anastomose par son procédé ; vingt-quatre heures après, il a été obligé de faire une entéro-anastomose, pour des phénomènes de reflux par le bout inférieur ; guérison.

— Rapporteur : M. Picqué.

M. Demoulin présente un malade atteint d'une fracture de l'olécrane, traitée par la suture.

— M. Gérard Marchant, rapporteur.

Présentation d'une radiographie.

M. Lejars présente la radiographie d'une fracture de la rotule suturée, le fil a cassé, mais on voit que l'os est consolidé.

M. Poirier. — Sur cette photographie on ne voit par les productions ostéogéniques, qui ne viennent pas en radiographie, la rotule paraît typique et n'est pas, en somme, telle qu'elle est réellement chez le malade.

Élection pour l'honorariat.

M. Delens est élu membre honoraire.

Le Secrétaire annuel,
P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1898

Présidence de M. Berger

Procès-verbal

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Félizet et une autre de M. Tuffier, qui s'excusent de ne pas assister à la séance ;

3° Un travail de M. Jules Bœckel, membre correspondant national ; ce travail sera lu au cours de la séance ;

4° Une observation de M. O. Lambert (de Lille), sur un cas de *Péritonite tuberculeuse à début brusque simulant une pelvi-péritonite aiguë.*
— Rapporteur : M. Gérard Marchant.

Le président annonce que M. Ménard, membre correspondant, assiste à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les abcès cérébelleux.

M. Picqué. — Ainsi que je l'ai dit dans la dernière séance, je ne répondrai qu'à la partie scientifique de la communication de M. Broca, l'autre partie ne me paraissant guère susceptible d'intéresser nos collègues, et je suis d'ailleurs d'autant plus à l'aise à

cet égard que je n'ai pas dit un mot dans mon rapport qui puisse soulever une question de priorité.

Ma réponse d'ailleurs sera courte, car je ne suivrai pas davantage mon excellent collègue sur le terrain toujours dangereux des *citations*; on se trouve parfois exposé, comme il nous l'a montré l'autre jour, à altérer, avec la meilleure foi du monde, le sens exact des opinions émises.

Je ne l'argumenterai pas davantage sur les notions anatomiques qu'il a cru devoir rappeler à ses collègues sur la *configuration* du rocher. Je n'insisterai ici que sur la distinction importante qu'il n'a d'ailleurs faite en aucun point de son long exposé entre le temporal de l'enfant et celui de l'adulte.

On ne saurait, en effet, conclure de l'un à l'autre, puisque chez l'un la mastoïde n'existe pour ainsi dire pas, et que le rocher présente lui-même un aspect différent. Le temporal, envisagé à deux périodes très différentes de son évolution, fournit en réalité deux os tout à fait dissemblables et nullement comparables au point de vue des lésions dont ils sont le siège et des manœuvres opératoires que l'on peut avoir à y pratiquer. Je suis étonné que ce détail si important ait échappé à la perspicacité habituelle de notre collègue, il y trouvera, j'en suis sûr, une des causes principales des *divergences* d'opinion qu'il a indiquées l'autre jour.

Vous pourrez juger vous-mêmes de la différence qui existe sur les deux temporaux que je vous présente.

J'arrive maintenant au point capital de la dissertation de M. Broca. Ainsi que je l'ai dit dans ma communication, les voies d'accès dans la loge cérébelleuse ont été l'objet de travaux importants qui démontrent le peu d'accord qui existe sur ce point entre des chirurgiens éminents de l'étranger, et les opérateurs discutent encore sur le meilleur chemin à suivre pour arriver sur les collections, si différentes de siège, de la loge cérébelleuse.

Nous-même, pénétré de ces difficultés, nous avons proposé un procédé, résultat de longues recherches expérimentales et qui n'est que l'application à la loge cérébelleuse du principe des larges craniectomies appliquées depuis quelques années avec tant de succès à la face latérale du crâne. Qu'il me suffise de rappeler qu'il permet, comme le demande Broca, d'arriver droit au sinus et d'y arriver sans accident.

Nous avons donc été de la sorte amené à poser la question entre les voies larges et les voies étroites. Doit-on continuer à recourir aux voies étroites qui ont donné tant de mécomptes? Doit-on adopter pour la loge cérébelleuse le principe des larges voies? Tel est le problème que nous avons *posé*.

Notre collègue Broca l'envisage d'une façon très simple. Il fait

table rase de tous les procédés employés par les auteurs et dont il n'a pas dit un mot dans sa réponse.

Il va jusqu'à dire que le procédé de Mignon, si spécial cependant pour qui veut lire cet auteur, consulter ses dessins et voir un temporal d'adulte, ne saurait constituer un procédé à part.

Quant au nôtre, il ne s'agit que d'un procédé cadavérique. Il n'admet en résumé que l'opération de Wheeler, c'est-à-dire l'opération étroite reconnue dangereuse par tant d'auteurs distingués. C'est là l'opinion de M. Broca.

J'aurais aimé, je l'avoue, à entendre notre collègue couronner sa brillante discussion par un argument toujours apprécié à la Société de chirurgie, quand on vient y défendre une opération; celui des preuves cliniques.

J'avais pour notre craniectomie postérieure apporté des preuves d'ordre exprimental. Je ne pouvais faire davantage, vous le comprenez facilement. Quant à M. Broca, il peut faire plus, et j'estime qu'il doit non pas nous citer Macewen, mais apporter sa statistique personnelle s'il veut entraîner notre conviction.

Quand notre collègue nous aura démontré en s'appuyant sur les faits de sa pratique qu'après l'opération de Wheeler faite dans le but d'ouvrir une collection cérébelleuse, on n'est exposé à ne voir succomber que les malades qui rentrent dans le cas de M. Guinard, c'est-à-dire ceux qui échappent par la diffusion extrême du pus à toute tentative opératoire, et dont il faut naturellement former un groupe à part; quand il nous aura démontré que, dans sa statistique, aucune mort post-opératoire n'est due, autopsie à l'appui, à une collection méconnue de la loge cérébelleuse; quand il nous aura enfin montré que, par la voie étroite de Wheeler, il n'a jamais ouvert le sinus latéral, notre collègue aura fourni en faveur de sa thèse l'argument le meilleur et bien préférable à toute dissertation théorique. Pour ma part, je me déclarerai alors convaincu de la supériorité de l'opération qu'il a préconisée après Wheeler et je considérerai en conséquence la discussion comme close. Jusque-là je maintiendrai mes réserves et je continuerai à penser que la meilleure voie n'est pas trouvée, et que la question est justiciable de nouvelles recherches.

En terminant, je répondrai en quelques mots à M. Guinard au sujet de l'observation très judicieuse qu'il fait relativement aux indications de la craniectomie postérieure. Il déclare que pour user de notre procédé, il convient d'avoir un diagnostic ferme, mais que c'est là la difficulté.

Le plus souvent en effet les abcès cérébelleux présentent les symptômes communs à toutes les collections intra-craniennes. Dans ces conditions, c'est à la voie mastoïdienne, selon notre formule de

1892, qu'il faut recourir. Si cette voie n'a rien donné ou si, après avoir donné issue à une collection purulente, les accidents persistent et menacent le malade, il faut en venir à la craniectomie postérieure.

Ce n'est que dans les cas où exceptionnellement la collection cérébelleuse présente les symptômes spéciaux sur lesquels nous avons insisté dans notre mémoire qu'il conviendrait d'y recourir d'emblée, et l'on voit qu'il y a loin de cette manière de voir à celle que M. Broca nous avait attribuée au début de sa dernière communication.

M. Paul Reynier. — Je devais prendre la parole avant M. Picqué. Ce qu'il vient de dire étant ce que j'avais l'intention de mon côté de formuler, je serai bref, et ne prolongerai pas cette discussion.

Je partage entièrement la manière de voir de M. Picqué. Comme lui, je considère que l'opération de Wheeler donne un accès insuffisant, pour l'ouverture des abcès cérébelleux. Je vous présente un crâne d'adulte sur lequel j'ai ouvert l'antre, le canal de l'aditus et fait sauter le mur de la logette pour pénétrer dans la caisse. Or si j'agrandis par en haut ma trépanation, vous verrez que par cette voie préconisée par M. Broca, je n'arrive pas dans la fosse cérébrale postérieure, mais dans la fosse cérébrale moyenne.

Si M. Broca, chez les enfants, est satisfait de cette trépanation pour aborder les abcès cérébelleux, c'est que, comme vient de le lui dire M. Picqué, par le fait du développement plus grand des cavités et des saillies osseuses chez l'adulte, on ne se trouve pas dans les mêmes conditions.

Tout se trouve chez l'enfant plus rapproché, et par le fait plus accessible, tandis que chez l'adulte, tout s'éloigne. Une incision qui chez l'enfant vous servira, peut chez l'adulte ne plus vous rendre les mêmes services.

Toujours est-il que par l'opération de Wheeler on arrive chez l'adulte sur la partie antérieure du lobe temporal, et on est obligé de prolonger en arrière la trépanation pour le découvrir en entier. On risque fort par cette voie de méconnaître des abcès cérébelleux; ce qui m'est arrivé une fois, où après avoir ouvert un abcès du lobe temporal, j'ai trouvé à l'autopsie un foyer cérébelleux, qui communiquait avec l'abcès temporal, mais qui par ma trépanation, se vidait très mal.

Si on veut arriver directement sur le cervelet, c'est en arrière de la mastoïde, et au-dessous du sinus, sur l'occipital qu'il faut trépaner, comme le conseille M. Picqué, et comme M. Poirier nous le démontre nettement anatomiquement, en formulant les rapports de la mastoïde. Le tiers postérieur correspond au cer-

velet; ce n'est donc pas dans son tiers moyen qui correspond au sinus, ou dans son tiers antérieur, qui correspond à l'antre et plus haut au lobe temporal, qu'il faut agir.

M. Broca. — Je ne puis qu'être très flatté de la réponse de M. Picqué, puisque, insuffisamment éclairé par les observations de Macewen, mon honorable contradicteur serait disposé à se laisser convertir par les miennes. Je répondrai à sa première question que jamais je n'ai ouvert involontairement le sinus en trépanant l'apophyse et j'ai trépané environ trois cents oreilles, chez des sujets de tout âge, pour des lésions d'étendue très variable. Quant à la seconde, la demande d'un malade guéri, je répondrai que j'ai résumé un fait de ce genre dans ma note de mercredi dernier. Et à aucune autopsie je n'ai trouvé une poche cérébelleuse méconnue en raison de l'étroitesse de l'accès. Cette rareté tient à ce que chez l'enfant, qui est le sujet habituel de mes observations, l'apophyse descend fort peu et que les complications cérébelleuses sont rares; à ce point de vue, j'admets, comme tout le monde, la distinction sur laquelle insistent MM. Picqué et Reynier. Mais quand ces complications existent, je dis que, quel que soit l'âge du sujet, les rapports sont les mêmes entre face postérieure du rocher, sinus, face antérieure du cervelet, et que les conséquences opératoires en sont les mêmes.

M. Picqué. — Il reste dès lors entendu que là où les auteurs n'ont pas voulu conclure avec 122 cas comme Roth et 77 cas comme Ballance, M Broca a cru devoir conclure avec *un cas unique*.

Rapport.

Fistule congénitale du cou, par M. le Dr Paul Delagenière (de Tours), ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien aide d'anatomie de la Faculté, professeur suppléant à l'école de médecine.

Rapport par M. JALAGUIER.

M. Delagenière nous a adressé l'intéressante observation suivante :

Le jeune P..., âgé de treize ans, m'est envoyé par mon confrère M. le Dr Grasset pour une fistule d'origine douteuse siégeant au cou.

En interrogeant les parents on apprend que l'enfant a eu dans les premières années de sa vie une grosseur comprise entre le bord antérieur du sterno-mastoïdien droit et le côté correspondant du conduit laryngo-trachéal, grosseur prise tout d'abord pour un lipome. Devenue douloureuse dans le courant de la troisième année, elle gonfle rapidement, gênant la respiration et la déglutition et s'ouvre finalement au bout de quelques jours en laissant écouler un liquide épais, visqueux et légèrement trouble.

L'écoulement cesse au bout d'une dizaine de jours et la tumeur reprend le volume qu'elle avait avant de s'être enflammée, celui d'une noix environ, un peu allongée dans le sens vertical.

A partir de cette époque jusqu'à l'âge de dix ans, le kyste s'ouvre à différentes reprises et la fistule ne s'installe définitivement qu'à ce moment. Depuis lors il se fait à son niveau un suintement insignifiant et qui même par moments se supprime. Enfin il arrive de temps à autre des poussées douloureuses pendant lesquelles le suintement prend son aspect trouble.

A l'heure actuelle, on ne constate aucune déformation de la région cervicale. A la partie inférieure du côté droit du cartilage thyroïde, à un centimètre environ du bord interne du sterno-mastoïdien, on trouve un petit orifice n'ayant pas même un millimètre de diamètre, circulaire et fermé en partie par un petit opercule partant de sa demi-circonférence supérieure. Cet orifice ne détermine sur la peau ni saillie, ni dépression. Il est à peine lubrifié par un liquide d'aspect salivaire. Enfin les mouvements de la déglutition le font déplacer. L'examen avec un stylet est impossible. En raison des poussées douloureuses qui surviennent de temps à autre, les parents demandent l'opération. Elle est faite le 19 septembre 1897 avec l'aide du Dr Grasset.

Opération. — Prenant pour point de repère l'orifice externe de la fistule, nous faisons une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien et dont les deux tiers environ sont au-dessus de l'orifice fistuleux.

Presque immédiatement sous la peau, guidés par une petite bride fibreuse aboutissant au pourtour de l'orifice externe, nous trouvons la poche proprement dite. Cette poche s'étale largement à la face interne du sterno-mastoïdien, en avant du paquet vasculo-nerveux. Ses adhérences avec les tissus voisins sont très variables. Dans quelques points la poche se laisse détacher sans aucune difficulté, mais en général les adhérences sont intimes et l'on trouve une véritable insertion de la tumeur en un point du cartilage thyroïde. La dissection est donc assez difficile. Pour la faciliter on doit ouvrir la poche, ce qui permet de la tendre. Une fois détachée, on l'attire tout entière et la traction exercée sur elle fait apparaître à sa partie profonde un pédicule d'aspect fibreux qui se dirige en haut vers la corne de l'os hyoïde. On suit ce pédicule par la dissection en avant de la carotide externe, puis, les vaisseaux du cou réclinés, on s'enfonce sur les côtés du pharynx, vers la colonne vertébrale. Le pédicule devient de plus en plus ténu, et finalement se déchire après avoir été suivi pendant quatre à cinq centi-

mètres : la poche est enlevée alors et prend une forme assez régulière.

Les prolongements rencontrés chemin faisant, dont un assez prononcé derrière l'hypoglosse, ne laissent plus de traces.

L'opération est alors rapidement terminée. Suture de la peau avec quatre crins de Florence. Les suites de l'opération furent très simples; les fils furent enlevés le huitième jour et l'enfant sortit guéri le onzième.

Depuis lors, il ne survint aucun incident du côté du cou. L'enfant assez délicat a, deux mois après, une crise méningée ? dont il se remet. Sa santé s'améliore ensuite : à l'heure actuelle, son état général est plus satisfaisant que jamais.

La pièce anatomique est envoyée à M. le Dr Pilliet, chef de laboratoire de la clinique chirurgicale de la Charité. Voici le résultat de son examen :

« *Kyste congénital du cou.* — Le kyste, petit, de contours irréguliers une fois vide mais sans diverticules dans les tissus voisins, est plongé dans une masse de fibres musculaires striées de petit volume, qui semblent appartenir à un enfant. En dehors de la paroi conjonctive qui l'isole des muscles, il présente une paroi composée de deux couches distinctes.

« L'externe est composée de tissu lymphoïde, c'est-à-dire de follicules ganglionnaires lymphatiques confondus par leurs bords les uns avec les autres, mais distincts néanmoins par le renflement que présente chacun d'eux et qui soulève la seconde couche.

« Celle-ci, paroi interne, est composée de cellules prismatiques à plateau, quelques-unes à cils vibratiles, reposant sur une couche de cellules de remplacement et sur une membrane basale qui l'isole du tissu lymphoïde.

« Ce n'est donc ni un kyste lymphatique, ni un kyste sanguin, mais bien, une tumeur congénitale, due probablement à l'inclusion et à la non-résorption d'un débris de fente branchiale. »

Cette observation rentre dans le groupe aujourd'hui bien classé des kystes congénitaux donnant lieu secondairement à une fistule.

M. Delagenière fait suivre la relation de ce cas intéressant d'un court mémoire résumant l'histoire des kystes dermoïdes séreux et muqueux de la région cervicale, et s'appuyant sur l'examen histologique de Pilliet, il considère le kyste comme « un kyste mucoïde dû probablement à l'inclusion et à la non-résorption d'un débris de *fente* branchiale ».

Je me garderai d'entrer ici dans la discussion d'un point d'embryologie, encore obscur ; je voudrais seulement faire remarquer que la théorie des fentes branchiales qui nous paraissait si bien établie s'est beaucoup modifiée depuis les travaux de His, Rabl, etc.,

on admet aujourd'hui que les arcs branchiaux sont séparés non par des fentes complètes, mais par de simples rainures, sillons branchiaux aux dépens desquels se constituent, du côté de l'ectoderme, le sinus pré-cervical de His, et du côté de l'endoderme, les poches branchiales de His et, en particulier le conduit branchial de Rabl.

L'évolution imparfaite du sinus pré-cervical expliquerait le développement des kystes dermoïdes, tandis que les kystes mucoïdes se rattacheraient à un vice d'évolution des poches branchiales et du conduit branchial.

Au point de vue des indications thérapeutiques, le cas de M. Delagenière rentre sans contestation dans la catégorie des kystes congénitaux fistuleux qui doivent être opérés. En effet, si dans quelques circonstances, les fistules congénitales donnent lieu à des accidents de si minime importance, qu'il convient de les respecter, ainsi que l'a justement établi M. Berger, dans la séance de la Société de chirurgie, du 3 février 1897, il n'en est pas moins incontestable que, dans les cas analogues à celui de M. Delagenière, les accidents de rétention légitiment parfaitement l'intervention.

Je n'ai donc qu'à féliciter M. Delagenière du parti qu'il a pris et de la façon dont l'opération, certainement fort délicate, a été conduite.

Je vous propose donc d'adresser des remerciements à l'auteur, de déposer son travail dans nos archives et d'inscrire son nom dans un rang très trouvable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Communications.

Observations d'*hydrocèle laiteuse*, de *lymphangiome du dos*, d'*adénolymphocèle crurale* accompagnée d'un *lymphangiome inguino-abdominal*, et d'*adénolymphocèle inguinale* accompagnée de *lympho-scrotum*,

par M. LE DENTU.

J'ai résumé dans un travail communiqué au Congrès de Moscou en 1897 et reproduit dans la *Revue de chirurgie* (10 janvier 1898), à peu près toutes les notions qu'une série déjà assez longue de faits m'avait fournies relativement à l'hydrocèle chyleuse, à l'adé-

nolymphocèle, au lymphangiome pur, coexistant, ou non, chez le même sujet, avec une adénolymphocèle.

Je me suis attaché surtout à différencier les formes et les degrés de certaines lésions et de certains accidents testiculaires qui, à l'état aigu ou subaigu, reproduisent absolument le tableau de l'orchite dite paludéenne, et à l'état chronique, m'ont paru assimilables à l'éléphantiasis des téguments et des couches sous-cutanées. L'histologie m'a permis de démontrer que ces lésions avaient pour cause essentielle une lymphangite spéciale et des ectasies lymphatiques dans la détermination desquelles la *filaire du sang* devait avoir une influence considérable, peut-être même exclusive. Je désire aujourd'hui vous faire part de faits nouveaux qui se sont offerts à mon observation, et j'en ferai suivre l'exposé de considérations relatives au manuel opératoire de l'extirpation des tumeurs constituées par les varicocèles lymphatiques, les lymphangiomes et les adénolymphocèles.

Obs. I. — *Hydrocèle laiteuse d'origine filarienne traitée par l'incision. Guérison.*

M. C..., environ cinquante ans, habitant la Guadeloupe depuis une dizaine d'années.

Il y a déjà plusieurs mois, il a constaté un gonflement du côté des bourses, et il y a éprouvé quelques douleurs, assez vagues d'ailleurs, revenant par intervalles. Préoccupé de cet état, il vient en France en décembre 1894.

Le 24 décembre 1894, je constate chez lui une tuméfaction fluctuante des bourses, indiquant une collection liquide dans la tunique vaginale gauche. Transparence peu marquée par places seulement. Soupçonnant une hydrocèle chyliforme, je conseille l'incision de la tunique vaginale comme offrant plus de sécurité que l'injection iodée, après une ponction évacuatrice. M. X... n'est pas un paludique franc. Il a bien eu de temps à autre quelques accès de fièvre, mais rien ne prouve qu'ils n'ont pas été causés par des poussées de lymphangite épididymaire. *L'examen du sang nous a révélé la présence de magnifiques embryons de filaires très vivaces.* Il ne peut donc persister aucun doute sur la véritable origine de la maladie.

Opération le 26 décembre 1894. — Après l'incison des diverses couches du scrotum, il s'écoule un liquide très analogue à du lait clair, en quantité notable (un verre à bordeaux environ). La tunique vaginale est légèrement épaissie, ainsi que l'albuginée; mais la surface du testicule et de l'épididyme est assez lisse.

Excision partielle de la vaginale et drainage, après raclage faible au moyen d'une curette. Le liquide recueilli, qui tenait en suspension une très grande quantité de graisse, *ne renfermait pas d'embryons de filaire.*

Rien de particulier dans les suites. Guérison absolue en trois semaines environ, sauf la reproduction d'une petite quantité de liquide qui se résorba ultérieurement. La santé de M. C... s'est maintenue bonne, localement et généralement, depuis l'opération.

OBS. II. — *Lymphangiome congénital du dos, voisin de l'aisselle. Varices lymphatiques vésiculaires aux alentours de la tumeur. Extirpation. Guérison.*

Le jeune M..., agé de seize ans, porte dans la région de l'omoplate gauche une tumeur étalée, faisant un relief de $0^m,03$ au-dessus des parties voisines, à grand axe dirigé en haut et en dehors vers l'aisselle, long de $0^m,13$ sur $0^m,9$ à $0^m,10$ de large. Cette tumeur adhère à la peau dans presque toute son étendue, sauf au voisinage immédiat de sa circonférence. La surface en est inégale, un peu bosselée, la consistance molle, sans fluctuation proprement dite en aucun point. Elle est absolument irréductible. Pas trace d'inflammation nulle part; pas de douleurs à la palpation. La coloration des téguments est un peu brune, plutôt que violacée, par places.

Ce jeune homme, né dans les environs de Paris, n'a jamais quitté la France. La recherche de la filaire dans le sang, faite à tout hasard, est restée négative; ce qui ne pouvait me surprendre.

Extirpation de la tumeur le 21 juin 1897. — A la coupe, on y découvre des vacuoles de dimensions variant entre celles d'une cerise et celles d'un grain de mil, et contenant, les unes du sang noir, les autres de la lymphe louche, grisâtre. Chacune des vésicules isolées ou en traînées, constituées par des varices lymphatiques, est cautérisée à fond avec le thermo-cautère. La dissection de la tumeur, faite avec peine du côté de sa face superficielle, *avait été très facile* du côté de sa face profonde.

Malgré leur minceur après la dissection, les téguments ne se sphacèlent pas, sauf sur une très faible largeur de leurs bords. Grâce au drainage, la réunion immédiate est obtenue sous deux ou trois pansements avec de la gaze à l'airol. Le jeune homme quitte la maison de santé quinze jours après l'intervention.

La pièce, examinée avec soin par M. Pettit, attaché à mon laboratoire, est remarquable par l'*identité des lésions* de cette tumeur congénitale avec celles des lymphangiomes d'origine filarienne (V. *Revue de Chirurgie*, 14 janvier 1890, p. 11 et p. 15). « Dans les deux cas, il s'agit d'un développement exagéré du système lymphatique et non pas d'une simple ectasie de quelques vaisseaux; il y a, à proprement parler, *néoformation de vaisseaux lymphatiques, pouvant affecter des dispositions caverneuses.* D'autre part, il n'existe pas de ganglions lymphatiques. Enfin, on ne constate en dehors de ces éléments rien autre chose que des amas peu importants de petites cellules inflammatoires, ainsi qu'une faible proportion de tissu adipeux; par conséquent, il est rationnel de considérer ces deux tumeurs comme des lymphangiomes,

quelles qu'aient pu être les conditions particulières de leur origine et de leur développement. »

Obs. III. — *Lymphangiome inguino-scrotal et adénolymphocèle inguino-crurale. Extirpation. Guérison.*

S... (Dominique), vingt et un ans, né à la Réunion, fixé au Tonkin depuis plusieurs années, n'a pas eu de paludisme proprement dit, mais souffre notablement dans les deux aines et dans le scrotum, surtout à gauche. De ce côté, il existe deux tumeurs distinctes; l'une d'elles est étalée en avant du triangle de Scarpa, dont elle atteint le sommet, tandis que sa partie supérieure en déborde la base et remonte au-dessus de l'arcade de Fallope; elle est de consistance molle, et réductible en partie. L'autre occupe le canal inguinal et descend dans le scrotum. *Elle est absolument et complètement réductible dans l'abdomen*, exactement comme dans le cas du malade dont j'ai communiqué l'histoire au Congrès de Moscou. Comme elle offre tous les caractères d'une hernie épiploïque réductible : consistance molle, sensation de lobules et de cordons entremêlés, matité à la percussion, réductibilité sans gargouillements, *je ne sais en vérité sur quoi on pourrait appuyer un diagnostic différentiel entre l'une et l'autre de ces affections.* Tout au plus, pourrait-on dire que l'épiplocèle réductible fuit un peu plus entre les doigts, qu'elle se réduit un peu moins en masse, qu'elle est ordinairement accompagnée d'une anse intestinale lorsqu'elle a atteint des dimensions égales à celles de mes lymphangiomes inguinaux. Mais tout cela ne constitue pas des particularités topiques. Ce sont des nuances d'une appréciation délicate, et l'on aura beau être prévenu de la possibilité d'une erreur, on la commettra encore très facilement. Du côté droit, mêmes lésions, mêmes sensations douloureuses, mais à un faible degré.

Avant d'opérer ce malade, j'annonçai que, s'il ne s'agissait pas d'une hernie inguinale, il fallait renoncer à reconnaître à coup sûr un lymphangiome à pédicule intra-abdominal, indépendant des vaisseaux lymphatiques du testicule et du cordon. L'examen du sang fut négatif; plusieurs prises ne révélèrent aucune filaire.

Opération le 5 novembre 1897, en présence de notre collègue, M. Schwartz. — Anesthésie à l'éther; extirpation de l'adénolymphocèle crurale et du lymphangiome inguino-scrotal. La première de ces tumeurs est développée aux dépens des ganglions de la cuisse. Les lymphatiques du membre aboutissent à son extrémité inférieure, et elle se prolonge dans le ventre par un pédicule large de deux travers de doigt occupant l'infundibulum du canal crural, en dedans des vaisseaux fémoraux. Ces deux pédicules sont liés, le premier, l'inférieur, avant la dissection complète de la tumeur, le second à la fin de cette dissection.

Le lymphangiome est extirpé, après traction sur son *unique pédicule* engagé dans le canal inguinal, de manière à l'en dégager le plus possible. Les lymphatiques du cordon, formant un véritable varicocèle,

sont liés et réséqués sur 2 centimètres de longueur. Le testicule, seulement un peu développé et plus ferme, est laissé en place.

Le lambeau cutané de la cuisse se mortifie partiellement. De là un retard dans la réparation, qui prolonge le traitement jusqu'au 20 décembre 1897. Il n'a rien été fait du côté droit, les lésions n'y ayant acquis qu'un faible développement, et pouvant être combattues ultérieurement par la compression.

Obs. IV. — *Lympho-scrotum, adénolymphocèle inguino-crurale, varicocèle lymphatique. Résection du scrotum, extirpation de l'adénolymphocèle, résection du varicocèle lymphatique. Guérison.*

M. L..., dix-huit ans, habitant la Réunion, où il est né. N'a jamais eu de fièvres paludéennes proprement dites, mais, depuis quatre ou cinq ans, il a eu des crises douloureuses du côté des bourses et des aines, surtout à gauche, accompagnées de gonflement local, de fièvre et de vomissements. Bientôt les téguments du scrotum ont pris un aspect particulier, gaufré, tomenteux, bosselé; leur coloration est devenue violette, et en même temps il se formait à leur surface, principalement sur la ligne médiane, ainsi qu'à la base de la verge, un grand nombre de vésicules et de traînées constituées par des vaisseaux lymphatiques dilatés et flexueux qui se rompaient de temps en temps et laissaient s'échapper de la lymphe et du sang en grande abondance. En même temps, les bourses acquéraient des dimensions considérables, et une tumeur molle se développait dans l'aine gauche et remontait sur le ventre au-dessus du ligament de Fallope. Là aussi des ruptures avaient eu lieu plusieurs fois avant le moment où j'ai examiné ce malade. Lorsque les lymphorragies se déclaraient, elles étaient ordinairement accompagnées d'un écoulement de sang d'assez grande importance. Ces déperditions fatiguaient le jeune malade et l'effrayaient à tel point qu'il me pria de venir le voir en province, très loin de Paris, n'osant pas affronter sans mon consentement les risques d'une lympho-hémorrhagie au cours d'un long voyage.

Le 24 octobre 1898, je trouve le malade dans l'état suivant : les bourses très développées ont environ 0m,20 de hauteur, sur 0m,14 de largeur. Leur surface est gaufrée, tomenteuse, d'une couleur rouge violet sur 0m,05 à 0m,06 de large au niveau de la ligne médiane; dans cette zone, les téguments ont un aspect érectile. Le raphé médian est soulevé en une crête saillante, comme dans l'éléphantiasis du scrotum, laquelle s'étend de la racine de la verge au périnée. De nombreuses vésicules, les unes transparentes, les autres sanguinolentes, parsèment toute cette bande d'aspect spécial; elles sont par places réunies en traînées dirigées surtout vers l'aine gauche. D'autres vésicules très espacées occupent la région pubienne des deux côtés et la partie de la verge la plus voisine de sa racine; mais ici et là elles sont disséminées sur un fond normal.

De la partie supérieure du scrotum se détache à gauche une sorte de

gros pédicule qui semble gagner le canal inguinal, mais qui s'étale plus en dehors et jusqu'au voisinage assez proche de l'épine iliaque antérieure et supérieure en une tumeur déjà volumineuse, très irrégulière, presque acuminée, surmontée de bosselures d'aspect brun, parallèles, dans leur ensemble, à l'arcade de Fallope. Ces bosselures sont recouvertes d'une peau tellement mince que la fusion tout à fait intime de cette dernière avec la paroi propre des grandes vacuoles dont la tumeur semble formée en ce point ne peut être douteuse. L'adhérence entre les plans superposés est facilement reconnaissable sur une largeur d'au moins 3 à 4 centimètres. Le relief de la tumeur au-dessus du ligament de Poupart doit être de 5 à 6 centimètres. Elle s'étale sous les téguments de l'abdomen jusqu'à 7 ou 8 centimètres du pli inguinal. Elle empiète sur la base du triangle de Scarpa, de 4 à 5 centimètres.

La détermination du siège et de la profondeur des pédicules est rendue difficile par l'étalement de la tumeur au-devant de l'aine et du ventre; il en résulte qu'on peut malaisément se rendre compte du degré de pénétration du pédicule dans le canal inguinal. Il semble cependant que dans la partie qui correspond profondément au canal inguinal, l'abdomen ne renferme pas un prolongement important de même nature, ni le canal non plus. La tumeur paraît cependant être fixée par trois points; par la portion qui s'échappe du scrotum et remonte en haut et en dehors, et aussi par des portions qui paraissent plonger dans l'infundibulum du canal crural et dans le canal inguinal. On verra plus loin quelles dispositions donnaient lieu à ces sensations.

Deux points venaient de fournir des hémo-lymphorrhagies importantes; ils étaient situés, l'un en haut et en dedans de la tumeur inguino-crurale, l'autre au milieu du raphé scrotal, tout près du périnée. Du côté droit, je constatai seulement un peu de soulèvement de l'aine et de tuméfaction du cordon sans tumeur proprement dite.

État général assez bon, malgré les déperditions signalées. Pas de paludisme proprement dit. Foie, rate de dimensions normales. Rien d'anormal dans l'urine; ni hématurie, ni chylurie à aucun moment. L'examen du sang, pratiqué une première fois, n'y a pas fait découvrir de filaires.

Opération le 31 *octobre* 1898. — Je circonscris la tumeur inguinale par deux incisions un peu incurvées qui se réunissent un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure et sur le côté de la verge. Après dissection attentive en m'éloignant du centre de l'adénolymphocèle, j'en atteins assez facilement les limites en haut, en dehors et à la partie interne de son bord inférieur. *La tumeur se sépare très aisément* des couches profondes. Je reconnais qu'elle ne s'engage pas dans le canal inguinal et que, au voisinage du cordon, elle est simplement juxtaposée à un varicocèle lymphatique. Elle a deux pédicules, dont l'un, qui renferme les vaisseaux lymphatiques afférents venus des téguments des bourses, est situé à la racine de ces dernières, vers la partie la plus interne de la région inguinale : l'autre, formé par un énorme faisceau de vaisseaux afférents, s'enfonce dans l'infundibulum du canal crural,

au côté interne de la veine crurale. La veine saphène interne est recouverte par la portion la plus interne de la tumeur.

Je place deux ligatures enchaînées sur le pédicule scrotal et je le coupe en dehors de ces ligatures. Je relève alors la tumeur en dedans, de manière à dégager son autre pédicule et à le lier avant de le couper. Malheureusement, les gros vaisseaux lymphatiques qui le constituent, plus fragiles que d'ordinaire, se rompent pendant cette manœuvre, et je me trouve aux prises avec une lymphorrhagie abondante. Le liquide qui s'écoule avec force vient de la profondeur du ventre. Il est remarquable par sa couleur rouge brique, *tout à fait semblable à celle du sang mélangé de solution phéniquée au vingtième.* Sans doute, cette teinte spéciale est due à ce que la lymphe contient une quantité notable de globules rouges. Je parviens à arrêter à peu près cette lymphorrhagie au moyen de plusieurs pinces hémostatiques mises à côté les unes des autres, et enveloppées de gaze à l'airol.

Au cours de ce premier temps de l'opération, j'avais acquis la conviction que la tumeur était une adénolymphocèle du groupe supérieur des ganglions inguinaux, alimentée par les lymphatiques du scrotum, et dont les vaisseaux efférents pénétraient dans l'abdomen, non par le canal inguinal, mais bien par le canal crural. Je n'ai pas eu du tout à m'occuper des vaisseaux lymphatiques de la cuisse, qui n'étaient pas dilatés.

Cette première partie de l'opération étant terminée, je m'occupai du lympho-scrotum, et je pratiquai une large résection du scrotum par le procédé que j'ai recommandé pour le varicocèle depuis 1886. Au lieu de mes pinces ordinaires à varicocèle, je me servis des pinces-clamps de Doyen pour les opérations sur l'estomac. J'enlevai ainsi une large tranche de melon par trois incisions partielles. Les fils ayant été placés à l'avance sur la pince, je n'ai eu qu'à les serrer successivement de bas en haut, sans me préoccuper autrement de l'hémostase. Toute la portion des bourses transformée en lympho-scrotum fut ainsi largement réséquée. Il s'écoulait des sections une lymphe couleur brique tout à fait comparable à celle qui s'était échappée de l'adénolymphocèle, soit après une déchirure des grandes vacuoles de la partie la plus élevée, soit au moment de la rupture du pédicule inféro-interne.

Les testicules étaient notablement plus volumineux que dans l'état normal, mais beaucoup moins que ceux qui m'ont servi à établir dans d'autres publications l'histoire de l'éléphantiasis de l'épididyme et du testicule.

Suites de l'opération. — Pendant la quinzaine qui a suivi, un suintement séro-sanguinolent abondant m'a obligé à renouveler le pansement superficiel tous les deux jours. Ce suintement provenait surtout du décollement de la paroi abdominale, mais en partie aussi des sections des gros lymphatiques rompus pendant l'intervention, sur lesquels, faute de pouvoir les lier convenablement, j'avais laissé des pinces à demeure. Celles-ci ne sont tombées que vers le douzième jour. Les fils du scrotum ont été enlevés après douze jours révolus. Les parties des incisions non suturées sont actuellement à peu près com-

plèlement cicatrisées. Les téguments des bourses, de l'aine, de la paroi abdominale et de la cuisse ont prêté assez pour que je n'aie pas été obligé de recourir à des greffes. La guérison sera totale dans quatre ou cinq jours, vers le 25 de ce mois. Elle aura demandé, en tout, cinquante jours.

Il reste au côté droit un peu de soulèvement de la région inguino-crurale, indiquant un commencement d'adénolymphocèle trop peu important pour rendre nécessaire l'extirpation. Je tâcherai de faire rétrograder la lésion par l'application d'un bandage herniaire à ressort doux et à plaque large, qui exercera sur toute la région une compression faible et étalée. Un séjour prolongé en France contribuera pour beaucoup à la guérison définitive.

J'ai dit plus haut que la recherche de la filaire faite une première fois avait donné un résultat négatif. Hier soir, vers dix heures, cette recherche a été renouvelée par M. Lyot. Quatre examens du sang n'avaient tout d'abord révélé la présence d'aucun embryon; mais à un cinquième examen, *quatre embryons ont été vus dans la goutte de sang*. Cela prouve une fois de plus qu'il ne faut pas se contenter d'une seule recherche. Comme on doit penser *a priori* que la filaire est la cause de tous les accidents du même genre, il ne faut pas renoncer à la déceler avant d'en avoir poursuivi la découverte à plusieurs reprises. Rien à dire de l'anatomie pathologique des parties enlevées, que je n'aie déjà décrit. C'est la répétition de ce qui a été exposé dans le thèse de M. Théophile Anger sur l'adénolymphocèle, et dans mon mémoire, communiqué au Congrès de Moscou et inséré au commencement de cette année dans la *Revue de chirurgie* (janvier 1898, p. 1). Les vacuoles ni la lymphe qui s'en échappait ne contenaient d'embryons de filaire.

Obs. V. — *Adénolymphocèle, double, éléphantiasis du scrotum, triple opération, guérison.*

J'ajoute à ces faits qui me sont personnels deux mots relatifs à un malade à qui notre collègue, M. Robert, a fait une première opération au cours de cet été.

V... (Jean), vingt-cinq ans, né à la Réunion, et ayant toujours habité la Réunion, est venu en France au commencement du mois de mai de cette année. Adénolymphocèle crurale double, très développée à gauche, beaucoup moins à droite, éléphantiasis du scrotum commençant; a déjà subi une résection partielle des bourses dont le résultat a été insuffisant. M. Robert extirpa l'adénolymphocèle gauche; M. Morestin, dans mon service de l'hôpital Necker, où il me remplaçait pendant les vacances, enlève l'adénolymphocèle droite et fait une nouvelle résection du scrotum. Le malade guérit bien de ces deux interventions.

Avant-hier 19 décembre, il est venu me trouver à l'hôpital. Il se plaint de poussées nouvelles du côté de la base de la verge et aux cuisses. Celles-ci présentent un œdème lymphatique dur assez accentué. Les accidents ne sont pas encore bien enrayés, peut-être parce qu'il y a

encore des *embryons de filaire dans le sang*. On en a constaté la présence il y a deux jours.

Technique des opérations nécessitées par le varicocèle lymphatique, l'éléphantiasis du scrotum et le lymphoscrotum, le lymphangiome pédiculé et réductible de l'aine, et l'adénolymphocèle.

Contre le *varicocèle lymphatique*, la seule opération qui convienne est la résection du faisceau de lymphatiques entre deux ligatures. On doit donc le traiter comme un varicocèle veineux Il est rare qu'on ait à pratiquer cette opération isolément.

Pour *l'éléphantiasis du scrotum* et le *lymphoscrotum*, il faut agir comme si l'on avait à pratiquer une excision des bourses chez un sujet atteint de varicocèle, c'est-à-dire recourir au procédé des pinces courbes appliquées successivement de bas en haut, et sous lesquelles on place des crins de Florence, avant d'exciser au bistouri tout ce qui dépasse les mors des pinces en avant. Ce procédé que j'ai été le premier à recommander pour le varicocèle, au Congrès de chirurgie de 1886, et qui est décrit tout au long, avec dessins à l'appui, combiné avec la résection des veines du cordon, dans les *Annales des maladies de l'appareil génito-urinaire* (1877), a été absolument laissé dans l'ombre par presque tous les auteurs qui, dans ces dernières années, se sont occupés de cette question. Il n'est, à vrai dire, applicable qu'aux formes molles de l'éléphantiasis et au lymphoscrotum. Dans ces cas seulement les tissus se laissent serrer par les pinces. D'autre part, le modèle de pinces que j'ai préconisé est généralement insuffisant. Des instruments à mors plus longs et plus élastiques sont nécessaires; je me suis servi dans mon dernier cas des clamps de Doyen pour la gastro-entérostomie. Lorsque le tissu de l'éléphantiasis est très ferme, il faut renoncer aux pinces et faire les sections au bistouri comme pour l'ablation d'une tumeur. Les crins de Florence doivent être laissés en place au moins douze jours.

La technique de l'extirpation des *lymphangiomes pédiculés et réductibles* du canal inguinal est un peu spéciale. Mon expérience me permet d'affirmer que ces tumeurs n'ont pas un pédicule inférieur constitué par les lymphatiques du testicule. Elles ont seulement un pédicule supérieur dont je ne suis pas en mesure d'indiquer le point d'attache supérieur, n'ayant pas pu, au cours de mes opérations, attirer ces tumeurs assez bas pour l'apercevoir. Je suis réduit à supposer qu'elles sont formées par des grappes de vaisseaux lymphatiques détachées latéralement des lymphatiques du cordon ou de ceux de la fosse iliaque interne. La première hypothèse est rendue plus plausible par ce fait que je n'ai vu ces

tumeurs s'engager que par le canal inguinal; j'ignore si on en a vu sortir par le canal crural. En tout cas, ce sont des tumeurs *descendues à l'extérieur*, qui se réduisent en masse comme certaines hernies épiploïques et dans la constitution desquelles il n'entre que des vaisseaux lymphatiques. *Ce sont des lymphangiomes purs.*

Dans les deux cas que j'ai opérés, j'ai attiré la tumeur au dehors autant que je l'aï pu, mais sans violence, de manière à ne pas causer de rupture, et j'ai posé sur le pédicule deux fils enchaînés. Après la ligature, le pédicule est remonté dans le ventre. Chez le premier de mes opérés, il s'est fait pendant les jours qui ont suivi immédiatement l'intervention une hémorrhagie intrapéritonéale dont je n'ai pas pu bien me rendre compte. Comme elle ne s'est pas manifestée de suite, j'ai lieu de croire qu'elle ne s'est produite qu'après que les fils ont eu coupé partiellement le pédicule, et non par le fait d'une rupture au moment de l'opération. De toute façon, il est assez difficile de comprendre que cette hémorrhagie se soit faite dans la cavité péritonéale, et pourtant la chose n'est pas douteuse pour moi, puisque, le jour où j'ai incisé le foyer par une laparotomie limitée, j'ai senti très nettement des anses intestinales formant les limites de l'hématome. D'autres hémorrhagies ont eu lieu plusieurs fois après l'incision (voy. l'observation publiée en tête de mon mémoire dans la *Revue de chirurgie*, 1898, p. 1).

Quoi qu'il en soit, je pense qu'il serait bon, si le pédicule ne descendait pas facilement, malgré les tractions, avec la tumeur, de fendre la paroi antérieure du canal inguinal et même la paroi abdominale au-dessus de l'orifice interne, afin de mieux se rendre compte de l'étendue et du point d'origine du néoplasme.

L'extirpation des *adénolymphocèles*, opération en somme facile, doit être soumise cependant à certaines règles précises. Il est bon de dire tout d'abord que, quelle que soit l'adhérence de ces tumeurs aux téguments, elles restent en connexion lâche avec les tissus sous-jacents. Il en est d'elles comme des tumeurs variqueuses. On gardera des téguments autant qu'il sera possible, et, selon les cas, on fera une ou deux incisions, suivant le grand axe de la tumeur. La principale préoccupation de l'opérateur doit être de *lier les pédicules avant de les couper*. On se met ainsi à l'abri des lymphorrhagies immédiates et consécutives et de la formation des fistules lymphatiques.

Il existe *deux catégories d'adénolymphocèles*. Les unes se développent dans le groupe le plus élevé des ganglions lymphatiques de l'aine; elles ont leur origine dans une lésion des bourses (éléphantiasis ou lymphoscrotum). Leur pédicule inférieur se trouve

à la partie supérieure et externe du scrotum; il est juxtaposé au cordon spermatique, mais n'a rien de commun avec lui. Le pédicule supérieur s'engage dans le canal crural. La seconde catégorie d'adénolymphocèles est développée aux dépens du groupe inférieur des ganglions de l'aine; leur pédicule inférieur est constitué par les lymphatiques de la cuisse. Le pédicule supérieur s'engage également dans le canal crural.

Quelle que soit la variété à laquelle on a affaire, il faut détacher d'abord la partie libre de la tumeur, en conduisant la dissection de dehors en dedans vers le pédicule des vaisseaux afférents. On lie ce pédicule par deux fils enchaînés; on le coupe; puis on s'occupe du deuxième pédicule de la même façon. On recherche la réunion immédiate s'il reste assez de téguments; sinon on tamponne la plaie et l'on draine au besoin. La guérison par granulation est un peu plus longue à obtenir, mais tout aussi sûre.

Conclusions. — 1° La structure des lymphangiomes congénitaux ou non congénitaux développés chez des sujets n'ayant jamais habité les pays à filaire, est exactement la même que celle des lymphangiomes apparus sur des individus nés dans les pays chauds ou ayant habité ces pays pendant plus de cinq ans.

2° Cette similitude de structure et la nécessité d'un séjour déjà assez prolongé dans les pays chauds doit peut-être faire admettre que les accidents attribués exclusivement à la filaire par un certain nombre d'auteurs sont sous la dépendance de l'influence combinée du climat et du parasite.

3° Certains de ces accidents, et spécialement ceux dont il a été question plus haut, peuvent être combattus et enrayés définitivement par plusieurs opérations que leur bénignité entre des mains aseptiques permet de recommander sans réserve.

4° Les guérisons obtenues en Europe ont besoin d'être consolidées par un séjour prolongé de quelques mois et même de plusieurs années dans un climat tempéré ou froid. La récidive est toujours possible si l'opéré retourne dans le pays où il a contracté sa maladie.

M. Robert. — Permettez-moi d'ajouter quelques mots à l'observation que vient de citer M. le professeur Le Dentu, d'un malade que j'ai opéré dans le cours de l'année dernière. Ce malade avait déjà subi précédemment une excision du scrotum destinée à le guérir d'un soi-disant varicocèle, aussi me suis-je borné à enlever l'adénolymphocèle de l'aine droite. Cette extirpation a été des plus simples : il a suffi de lier d'abord, suivant le conseil de M. Le Dentu,

le pédicule inférieur; la tumeur, formée de trois lobes, s'est détachée très facilement de l'aponévrose profonde ; un deuxième pédicule a été lié, puis sectionné en dedans et en haut; alors il a été facile de terminer l'ablation par l'isolement du pédicule engagé dans le canal crural et par sa section après ligature.

Aucune perte de lymphe ne s'est produite pendant cette extirpation, la cicatrisation à été obtenue par première intention sans écoulement de lymphe.

De nombreuses filaires ont été reconnues à l'examen histologique de la tumeur.

M. Tillaux. — J'ai eu l'occasion de voir, il y a trois ou quatre ans, un cas de filariose du scrotum chez un jeune homme qui m'avait été adressé par M. le Dr Audain, de Haïti. Ce jeune homme avait vingt ans lorsque je le vis. Je crus à une énorme hernie épiploïque. Je sentais en effet dans le scrotum une masse mollasse qui me rappelait l'épiploon.

M. Audain, qui se trouvait de passage à Paris et qui vit avec moi le malade, fit au contraire le diagnostic de filariose du scrotum et pensa que cette masse que je sentais était formée par les vaisseaux lymphathiques dilatés. Nous demandâmes à M. Pilliet un examen bactériologique, et il nous fit voir en effet des quantités de filaires, malheureusement filles, et non la filaire mère, qu'il serait si important de trouver si on le pouvait, car c'est elle qui engendre toutes les filaires qui se répandent dans les vaisseaux lymphatiques.

M. Audain me dit que depuis longtemps, à Haïti, on se contentait, dans des cas semblables, de faire la résection du scrotum aussi haut que possible, et de fermer en rentrant tous les vaisseaux lymphatiques dans le ventre. En effet, me laissant diriger par lui, je fis une résection du scrotum, comme pour le varicocèle, et nous tombâmes sur d'énormes lymphatiques qui occupaient le scrotum et formaient la masse que nous sentions. Nous les réduisîmes et fîmes la suture des enveloppes scrotales. Le malade guérit très bien et se trouva très soulagé.

Il est reparti à Haïti, je ne sais ce qu'il est devenu.

M. Robert. — Si ces faits intéressent la Société, je pourrai montrer la fois prochaine un malade qui vient de la Réunion et qui a un scrotum volumineux. C'est un homme encore jeune. Fait curieux : pendant la traversée, sa tumeur à diminué : grosse comme la tête d'un adulte au départ, elle s'est réduite au volume de la tête d'un fœtus.

M. Tillaux. — M. Broca vient de me dire qu'il a lu une brochure récemment publiée par M. Odin; dans cette brochure, il a parlé du malade dont je viens de vous donner l'observation et on dit que la guérison s'est maintenue; or, il y à quatre ans que je l'ai opéré.

M. Reclus. — Je voudrais, au point de vue opératoire, appuyer ce que vient de dire M. Tillaux; dernièrement, j'avais à opérer une filariose du scrotum. Un médecin de la Havane, qui voyait le malade en même temps que moi, me dicta en quelque sorte l'opération qu'il y avait à faire. Il me conseilla de faire une très large résection du scrotum.

Je la fis, le malade s'en trouva fort bien, lorsqu'il quitta Paris quatre mois plus tard; je me félicitai d'avoir suivi le conseil de mon confrère de la Havane.

M. Le Dentu. — A propos de ce que vient de dire M. Tillaux, je rappellerai l'observation que j'ai publiée au Congrès de Moscou, et qui a été le point de départ du travail que je viens de vous lire. Il s'agissait d'un jeune homme de la Guadeloupe qui éprouvait dans le ventre de véritables crises douloureuses, à cause du gonflement de ces varices lymphatiques. Il avait à ces moments-là de la fièvre et des vomissements. Je ne sais donc pas s'il est très recommandable de refouler dans le ventre ces varices; pour moi, l'opération dont on est partisan à Haïti est une opération incomplète. Je ne vois pas pourquoi on n'essaie pas de tout enlever. L'ablation de ces tumeurs est facile. Si, autrefois, on a été opposé à l'opération, c'était à cause des dangers de l'infection, qui ne sont plus à craindre aujourd'hui avec l'antisepsie.

Le jeune homme que j'ai opéré est retourné à la Guadeloupe, il y est resté quatre mois, je l'ai revu, et la guérison s'est maintenue malgré son séjour dans les pays chauds. Il n'en aurait peut-être pas été ainsi si je m'étais contenté de refouler les paquets lymphatiques dans le ventre. Je crois donc qu'il faut faire l'opération aussi complète que possible, et je ne vois aucune contre-indication à cette opération, car elle est bénigne et à la portée de tout chirurgien.

Lecture.

Sigmoïdo-rectostomie inférieure dans la cure de l'anus sacré,

par M. Jules BOECKEL (de Strasbourg),
correspondant national de la Société de Chirugie.

Sous cette dénomination j'entends l'anastomose de la partie moyenne de l'anse sigmoïde avec la partie inférieure du rectum, voisine du sphincter anal.

Cette opération trouve son indication dans une cure radicale de certains anus sacrés haut situés.

Pour obtenir tous les avantages qui lui sont inhérents, il est indispensable qu'il existe un tronçon, si court soit-il, du rectum, tronçon limité au besoin à la portion sphinctérienne. Il faut en outre que l'anse ωμεγα puisse être facilement abaissée.

Cette dernière condition se trouve réalisée, l'anus sacré restant fixé en lieu et place, lorsque l'anse sus-jacente vient faire hernie à travers le nouvel orifice crural et détermine ainsi un véritable prolapsus.

L'intervention que je propose permet alors la réparation rapide, immédiate, de la brèche intestinale qui constitue l'anus contre nature. Il suffit pour cela d'aviver le pourtour de cet orifice, puis de le réunir par une suture appropriée, pour en obtenir en quelques jours l'oblitération définitive. En effet, grâce à l'anastomose que l'on établira tout à l'heure, dans un deuxième temps de l'opération, la portion d'intestin, siège de l'anus artificiel sera mise hors de fonction. Elle se trouvera par conséquent à l'abri du contact des matières qui circulent dans le canal alimentaire; la ligne de réunion étant bien protégée, rien n'entravera le travail de cicatrisation. Or, l'on sait que les échecs de la réunion dans la cure des anus sacrés et les fistules qui en peuvent être la conséquence, tiennent pour une bonne part au passage des matières alimentaires et au travail incessant auquel est astreint l'intestin. Ici rien de pareil et c'est là un des premiers avantages de la sigmoïdo-rectostomie. Il en est un autre non moins important : c'est que la continuité du tube digestif peut être rétablie à peu de frais. Les fonctions reprennent alors tout naturellement leur cours régulier. Il n'est même pas absolument nécessaire que la réunion des deux bouts anastomosés réussisse d'emblée. J'irai même plus loin et accorderai qu'à titre de sécurité on pourra fendre le sphincter, se contenter de fixer l'anse sigmoïdienne dans ses parties anté-

rieure et latérales, tout en laissant une brèche de 1 ou 2 centimètres dans sa partie postérieure. La guérison quoiqu'un peu plus lente n'en sera pas moins certaine, et la restitution fonctionnelle ultérieure suffisamment assurée.

Avant de décrire l'opération que j'ai exécutée, il me paraît utile d'indiquer les circonstances dans lesquelles j'ai été amené à la pratiquer.

Un homme de quarante-six ans m'avait été adressé le 22 mai dernier par M. le D[r] R... pour un cancer du rectum très haut situé.

Depuis près de deux ans, le malade souffre en allant à la selle; il a perdu l'appétit dans ces derniers temps et ne peut plus exercer ses fonctions d'instituteur depuis bientôt six mois.

Bien que bouffi, il a beaucoup maigri; son teint est pâle, cachectique. Il ressent des douleurs très vives en allant à la selle et a remarqué depuis peu que ses garde-robes contenaient du sang et d'épaisses mucosités. Il souffre en même temps dans le bas du dos et éprouve une certaine difficulté à marcher.

Le toucher rectal rencontre à 10 centimètres au-dessus de la marge de l'anus une tumeur en chou-fleur, siégeant principalement sur la paroi postérieure de l'intestin; elle paraît moins saillante sur les parois antérieure et latérales; l'extrémité du doigt pénètre à peine dans la tumeur qui a pour ainsi dire effacé complètement la lumière du canal intestinal.

Aussi n'est-il pas possible de la délimiter vers le haut. Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés.

La question était de savoir s'il fallait, renonçant à toute tentative d'extirpation totale, établir nn anus iliaque définitif; ou si l'on pouvait encore courir les risques soit d'une extirpation par la voie sacrée seule, soit par la voie sacro-abdominale avec anus sacré ou iliaque, suivant le cas.

L'âge relativement jeune du sujet me fit rejeter l'opération palliative d'emblée.

J'optai pour l'opération de Kraske, quitte à la compléter si c'était le cas, par une opération plus radicale, la sacro-abdominale.

Je la pratiquai le 25 mai, d'après les règles ordinaires.

Après avoir réséqué le coccyx, le sacrum jusqu'au 4[e] trou sacré, je pus atteindre et libérer la tumeur. Je réséquai un bout d'intestin de 18 centimètres bien au-delà des limites du mal. La tumeur occupait toute la circonférence de l'intestin et s'étendait snr une hauteur de 10 centimètres. Je fis une résection très large empiétant de chaque côté sur les tissus sains sur une étendue

de 3 cent 1/2 à 4 centimètres. Le bout supérieur de l'intestin ne pouvant être attiré vers le bout inférieur, voisin du spincter, qui mesurait à peine 4 centimètres, je pris le parti d'établir un anus sacré.

C'était un pis aller sans doute, mais dans l'espèce je le considérai encore comme très avantageux. En effet, je ne me faisais guère d'illusion sur les suites éloignées de mon intervention, au point de vue de la récidive ; bien qu'ayant pris toutes les précautions pour la retarder le plus possible, j'estimai qu'elle serait fatale à bref délri.

Les suites immédiates de cette opération, quoique longues, furent des plus favorables.

Au bout de trois mois, mon opéré quittait l'hôpital, bien guéri et enchanté d'être délivré de ses anciennes douleurs. Grâce à un appétit excellent, il avait repris de l'embonpoint; à part une incontinence fatale, ses défécations étaient normales. Grâce à certaines précautions, il remédiait facilement à cette infirmité et ne se plaignait aucunement de sa situation.

Le 24 octobre, M. H... se présenta à ma consultation. Son état général était des plus prospères. Du côté de l'anus sacré, il s'était produit un prolapsus énorme, de la dimension de deux forts poings, que les bandages étaient impuissants à maintenir.

Au centre de ce prolapsus on voyait un orifice longitudinal long de 3 cent. 1/2, qui n'était autre que l'anus artificiel. De chaque côté, la muqueuse des parties supérieures de l'intestin formait un énorme bourrelet, qui tendait à s'accroître de jour en jour. Ce prolapsus était facilement réductible et l'on voyait alors le pourtour de l'anus, fixé par une cicatrice très solide aux parties voisines : au sacrum en haut; sur les parties latérales à un tissu mi-osseux, mi-fibreux de nouvelle formation; en bas à un tissu cicatriciel très dense.

L'orifice supérieur du tronçon rectal s'était oblitéré ; ce tronçon lui-même n'avait guère plus de 3 centimètres de longueur.

Je ne pouvais me résoudre à laisser les choses dans cet état et proposai au malade une intervention nouvelle.

L'absence de toute récidive, l'état florissant de mon opéré, pouvaient, ce me semble, justifier une tentative de cure radicale de l'anus contre nature.

De plus la présence et l'intégrité du sphincter pouvaient me permettre d'espérer une guérison complète, idéale, avec restitution fonctionnelle parfaite.

En effet, la mobilité de l'intestin que je n'avais pu obtenir lors de la première intervention, j'étais sûr actuellement de pouvoir la mettre à profit pour rapprocher les deux tronçons intestinaux;

elle existait réellement maintenant, s'étant opérée lentement, spontanément sous l'influence du prolapsus et je pouvais certainement compter sur un abaissement de quelques bons centimètres.

En libérant donc le pourtour de l'anus sacré, je devais arriver au but facilement. Mais dans la suite, l'intestin n'aurait-il pas une nouvelle tendance à prolaber, ou tout au moins à venir faire directement saillie sous la peau. Dans ces conditions, il serait mal protégé, exposé à toutes les influences extérieures.

Ne valait il pas mieux laisser les choses en place, agir à distance, c'est-à-dire profiter de la fixation artificielle de l'anus sacré et prendre une anse supérieure pour la fixer au rectum? C'est à cette dernière solution que je m'arrêtai.

Après avoir préparé le malade comme d'habitude, je procédai à cette opération le 28 octobre, d'après le plan suivant :

1° Dans un premier temps je fis l'avivement du pourtour de l'anus sacré et en pratiquai la réunion dans le sens vertical, la suture transversale n'étant pas possible à cause du manque de tissu et surtout à cause du manque d'espace. C'est même en raison de ce fait que j'avais été amené à imaginer le procédé que je décris ici.

Je renversai les lèvres de la plaie comme dans la suture de Lembert et doublai le premier plan de suture par une deuxième rangée de sutures à la soie.

2° Dans le deuxième temps, j'avivai la bande de tissu cicatriciel qui oblitérait en haut le tronçon du rectum et ouvris du même coup le péritoine. Aussitôt l'anse sigmoïdienne se présenta. Je l'attirai très facilement au dehors jusqu'au voisinage du rectum et la fixai latéralement à la hauteur voulue.

3° Dans le troisième temps, j'incisai transversalement l'anse en question sur une étendue de 3 centimètres, et suturai sa lèvre antérieure à la lèvre antérieure du rectum; celui-ci avait été divisé longitudinalement dans toute sa hauteur pour faciliter la suture. Je renonçai à réunir la paroi postérieure, comptant que la cicatrisation se chargerait d'arranger les choses. De fait, la situation était celle d'un rectum sur lequel on aurait pratiqué la rectotomie postérieure, avec cette différence que les tissus en présence étaient sains, ce qui n'est généralement pas le cas dans les affections où cette opération est indiquée.

4° Le quatrième temps consista à recouvrir la plaie de deux vastes lambeaux cutanés empruntés aux tissus. Pour cela, je libérai de chaque côté la cicatrice cutanée, adhérente au sacrum et prolongeai l'incision en haut et en bas sur une étendue de 15 centimètres. A son extrémité supérieure, je fis une incision transver-

sale de 9 à 10 centimètres et pus dès lors très facilement mobiliser les lambeaux, les rapprocher et les réunir sur la ligue médiane à l'aide d'une série de points de suture au crin de Florence. Pansement à la gaze stérilisée et pilules d'opium pendant quarante-huit heures.

Les suites de cette opération furent des plus favorables. Les lambeaux d'autoplastie se réunirent par première intention au bout de quelques jours. Quant au débridement latéral, il se cicatrisa par bourgeonnement.

A partir du 11 novembre, le malade peut se lever. Ses selles passent par l'anus normal, encore ouvert du côté dorsal sur une étendue de 1 1/2 centimètre. Le 21, il rentre chez lui, enchanté du résultat de mon intervention, qui ne pourra que s'améliorer encore dans la suite.

Ainsi donc, grâce au procédé très-simple que je viens de décrire, j'ai pu non seulement débarrasser mon opéré d'une infirmité qui se serait accentuée de jour en jour, mais encore rétablir une fonction, que du premier abord j'avais cru compromise à tout jamais.

Présentation de malades.

M. Lejars présente le malade atteint de lipomatose diffuse, dont il a parlé dans la dernière séance, Les masses lipomateuses occupent toute la face antérieure du cou, qu'elles encadrent d'un énorme collier, les régions sous-claviculaires, les aisselles et même les aines; elles sont partout de la même consistance molle, avec quelques parties dures profondes, et partout indolentes. Traité depuis plusieurs mois par M. Hayem, qui l'a soumis à l'usage de la thyroïdine, le malade est, à l'heure actuelle, dans un état général relativement satisfaisant, et le développement de la lipomatose paraît stationnaire.

M. Quénu. — Je tiens à joindre, à propos de ce malade, ma protestation à celle que M. Hartmann a faite à propos de l'explication pathogénique que M. Delbet a donnée de ces lipomes. Autour des organes enflammés, s'il est vrai qu'on voit très souvent se former des amas de graisse, toutefois ces amas de graisse n'ont pas les caractères du lipome. C'est un tissu de déchéance. Pour le lipome diffus, on ne saurait non plus accepter l'origine inflammatoire. La diffusion tient à la locali-

sation du lipome dans certaines régions. C'est ainsi que nous voyons à la nuque, à la fesse des lipomes diffus. Or, c'est parce que le lipome siège dans ces régions, et non parce qu'il a été enflammé, qu'il a ce caractère. J'ai encore dans mon service un malade ayant un lipome de la nuque, que j'ai opéré, et qui se confondait avec la graisse environnante. Cependant, chez ce malade, je n'ai pu relever aucune cause d'inflammation, aucun traumatisme, aucun frottement.

Il vaut donc mieux avouer notre ignorance à propos de la pathogénie de ces lipomes et ne pas faire de théorie plus ou moins discutable.

M. Nimier. — J'ai l'honneur de présenter un jeune soldat atteint de claudication avec oscillations latérales du tronc, qui me paraît porteur d'un coxa vara double. En outre de la claudication, l'on observe chez lui que, si l'extension et la flexion sont normales dans les deux hanches, les mouvements de rotation en dedans et en dehors sont très limités, et que le maximum d'écart des deux talons est au plus de 35 centimètres. Enfin le sommet des deux trochanters dépasse de 4 centimètres environ la ligne de Nélaton, l'homme étant examiné couché. Sur les radiographies, le col fémoral forme avec celui de la symphyse un angle de 117 à 118 centimètres au lieu de l'angle moyen de 130°, cela des deux côtés. Les deux membres ont la même longueur. A noter dans les antécédents du sujet qu'il a marché tardivement, qu'il a toujours boîté. Enfin il a été soigné à l'âge de 6 ans pendant 18 mois pour une coxite à gauche, étant donné qu'il avait la cuisse légèrement fléchie et qu'on l'a maintenu dans un appareil inamovible après réduction.

M. Brun. — Ce qui frappe sur la photographie de ce malade, c'est le volume énorme du fémur et du grand trochanter. La direction du col, d'autre part, ne me paraît pas vicieuse.

Je croirais que c'est de l'arthrite sèche plutôt que du coxa vara.

M. Bazy. — Il semble que l'os iliaque soit augmenté de volume comme le col fémoral. Il faudrait peut-être tenir compte de l'éloignement de la plaque sensible, qni a augmenté l'étendue de la surface projetée.

M. Kirmisson. — Je ne crois pas non plus ici à du coxa vara.

Le col a sa direction normale, et, comme mes collègues, je crois plutôt qu'on a affaire ici à une arthrite rhumatismale. Comme je l'ai dit dans une réunion récente, l'intérêt n'est pas de savoir si le coxa vara existe, la chose est indiscutable, mais s'il existe un coxa vara des adolescents comme il existe un genu velgum. Il y a un coxa vara chez les enfants rachitiques, y a-t-il un coxa vara des adolescents?

Dernièrement, je croyais en voir un avec M. Berger : la radiographie nous montra un col normal.

Les observations allemandes ne sont pas bien probantes à ce sujet.

Nimier. — Je répondrait à M. Kirmisson que mon malade a marché très tardivement et que, depuis qu'il se connaît, il a toujours boîté. Aussi suis-je d'accord avec lui pour ne pas y voir un exemple de coxa vara survenu chez un adolescent. Mais si ce n'est pas un coxa vara datant de l'enfance, le diagnostic exact m'échappe.

Imperforation de l'anus.
Anus iliaque, deux jours après la naissance.
Occlusion opératoire de l'anus artificiel à quatorze ans.

M. Lejars. — L'histoire de la jeune fille de quatorze ans, que j'ai l'honneur de vous présenter, me semble très curieuse à divers titres. Elle est née avec un anus imperforé : deux jours après sa naissance, on pratiquait, dans une des Maternités de Paris, un anus iliaque, et l'enfant, soignée avec la plus grande sollicitude, survivait dans des conditions relativement satisfaisantes.

Au bout de deux ans, M. Péan recherchait l'ampoule rectale par le périnée, l'ouvrait, l'abouchait à la peau, et créait un anus normal. A quelques mois de là, il tentait de fermer l'anus contre nature, mais, dans l'espace de quatre ans, l'opération échouait à trois reprises. Presque toutes les matières continuaient de passer par l'orifice iliaque.

La petite malade avait six ans : sa santé continuait à être bonne, elle se développait, grandissait, mais l'anus contre nature restait une infirmité de plus en plus pénible, et l'irritation de la peau de l'abdomen entretenait des cuissons et des douleurs constantes. De plus, l'avenir se trouvait très assombri par une pareille tare, et les parents ne reculèrent devant aucun sacrifice pour essayer

d'obtenir une guérison, que la présence d'un anus régulier, susceptible de fonctionner, rendait certainement possible.

Deux nouvelles interventions furent faites dans les années qui suivirent, sans que nous ayons, d'ailleurs, de renseignements précis sur le mode d'exécution; toujours est-il qu'elles se terminèrent toutes deux par un insuccès, malgré un traitement longtemps suivi, des cautérisations sans nombre et des tentatives de tout ordre. Notre petite malade a été soumise à la chloroformisation un nombre de fois qu'il serait malaisé de préciser.

Ce fut dans ces conditions qu'elle me fut présentée par mon ami le D[r] Duchaine (de Puteaux), en janvier 1897. Elle était grande et de bonne mine, toutes les fonctions digestives s'accomplissaient parfaitement, l'anus normal donnait passage, de temps en temps, à des selles abondantes, ce qui prouvait tout au moins la complète perméabilité de la voie rectale, mais en règle, et pour une grande part, les matières s'échappaient par l'anus iliaque. Celui-ci, à première vue, paraissait pourtant réduit à d'étroites dimensions; il n'était guère plus large qu'une pièce de 50 centimes, non proéminent, entouré d'un liséré rougeâtre, et occupent le centre de toute une zone cicatricielle — trace des interventions antérieures. La sonde cannelée, introduite dans cet orifice, paraissait pénétrer d'emblée dans la cavité de l'intestin, et se perdait au loin, en haut et en bas, au milieu des plis de la muqueuse.

L'occlusion définitive de cette fistule nous sembla tout d'abord relativement aisée, et le 17 février, à l'hôpital Beaujon, nous nous mîmes en devoir de la réaliser.

J'incisai la cicatrice en haut et en bas de l'orifice, j'isolai sur tout le pourtour la muqueuse et une couche fibroïde, que je crus représenter la tunique musculaire intestinale : je retournai en dedans la collerette muqueuse et je la réunis, après avivement, par des points séparés à la Lembert, qui adossaient sa face externe, cruentée; par-dessus, je réunis par un surjet le plan fibroïde, je suturai de même, après l'avoir décollé et mobilisé, le plan musculaire de la paroi abdominale, puis l'aponévrose, enfin, après avoir excisé les bords indurés et recroquevillés, je rapprochai les lèvres de la peau.

Tout cela avait été très simple, et, dans l'hypothèse, que je croyais fondée, d'un anus contre nature déjà en grande partie oblitéré et d'une opération complémentaire, en quelque sorte, je m'attendais à un bon résultat; mais je fus très désappointé, lorsqu'au quatorzième jour je trouvai le pansement souillé de matières fécales et mes sutures entièrement rompues.

Ce malheur eut pourtant un avantage, celui de nous montrer

pourquoi nous avions échoué et pourquoi toutes les tentatives antérieures avaient été aussi sans succès. Au-dessous de la paroi et de l'orifice extérieur que nous avions fermé, il existait une vaste cavité, qui était dès lors largement découverte, et au fond de laquelle se trouvait le véritable orifice intestinal, lui-même très large et béant; nous n'avions fermé que la porte de l'antichambre, si je puis ainsi dire, celle de la pièce principale restait grande ouverte.

En juillet, je pratiquai une seconde intervention, complète cette fois. Je fis une longue incision, j'excisai et je curettai soigneusement les parois de la poche adventice sous-pariétale, puis j'ouvris le péritoine, et j'attirai au dehors tout le segment d'S iliaque, sur lequel portait la perte de substance. Celle-ci était fort étendue et j'eus quelque peine à faire une bonne entérorrhaphie latérale, sans trop rétrécir le calibre de l'intestin : pourtant, après avoir avivé très parcimonieusement les bords de la solution de continuité, je réunis d'abord la muqueuse par un surjet de catgut et j'adossai de mon mieux les surfaces péritonéales par un second surjet à la soie fine. Par-dessus, je suturai en étages les divers plans de la paroi et la peau.

La guérison a eu lieu sans incident, et la petite malade, aujourd'hui très florissante, a repris complètement la vie normale.

Les faits sont rares, des enfants, nés avec une imperforation de l'anus, auxquels un anus iliaque est pratiqué dans les premiers jours de la vie, et qui survivent longtemps à cette opération de pis aller. J'ajouterai que c'est une raison de plus — et une raison majeure — pour chercher toujours avec insistance à s'ouvrir une voie au périnée et à trouver l'ampoule terminale du rectum. Pareille recherche eût été sans doute efficace, dans le cas actuel, puisque, deux ans plus tard, M. Péan réussissait à créer l'anus périnéal; et, bien que notre petite malade ait résisté, c'eût été lui épargner toutes les misères qui ont duré quatorze ans.

Je voudrais insister sur un second point : sur la constitution particulière du foyer iliaque, qui reproduisait la disposition ordinaire des fistules pyostercorales ; il y avait deux orifices, un orifice profond, intestinal, qu'il fallait oblitérer pour obtenir la guérison, mais qu'on ne voyait pas, qu'on ne pouvait voir à travers l'orifice extérieur, pariétal, sur lequel l'intervention porta d'abord. D'où ressort une fois de plus la nécessité de faire en pareil cas un débridement très large, et aussi, après avoir curetté la poche adventice, et pris les précautions indispensables, d'isoler complètement, en ouvrant le péritoine, l'anus à réunir : le manque relatif d'étoffe rend plus nécessaire encore cette pratique, et

ce n'est qu'en adossant des surfaces séreuses, du vrai péritoine, sur une paroi intestinale bien libre, qu'on réussit à faire une entérorrhaphie latérale, solide et définitive.

Amputation de Syme.

M. POTHERAT. — J'ai l'honneur de vous présenter un nouveau malade à qui j'ai pratiqué l'amputation du pied par le procédé de Syme. Cet homme a trente-trois ans; je l'ai amputé le 27 octobre dernier. Il était atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse des os et des articulations du tarse. Depuis quatre ans, soit de la part d'un confrère de province, soit de ma part, il avait suivi avec soin un traitement général approprié et un traitement local consistant en immobilisation prolongée dans un appareil silicaté ou plâtré d'abord ; puis j'avais ajouté à l'immobilisation une série d'injections de chlorure de zinc. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, je vis se constituer des abcès, puis des fistules ; bref, l'état général s'aggrava et le malade lui-même réclama l'amputation.

La peau était altérée dans une grande étendue et jusqu'au niveau de la gouttière calcanéenne. Néanmoins, il me parut que je trouverais encore assez de parties molles pour constituer le lambeau talonnier de l'amputation de Syme. L'avantage, au reste, de ce procédé, son grand avantage, c'est qu'avec très peu de parties molles, il permet d'enlever le pied sans sacrifier partie même des os de la jambe.

J'ai donc pratiqué l'amputation par le procédé de Syme; j'ai, bien entendu, fait la libération du lambeau, en isolant le périoste du calcanéum. Le résultat opératoire a été parfait; la réunion s'est faite sans aucun incident; le résultat thérapeutique n'est pas moins satisfaisant, ainsi que vous pouvez en juger. Au bout de trois semaines, le malade pouvait s'appuyer sur son moignon; aujourd'hui, il marche très bien, en s'appuyant *directement* sur son talon. En outre, vous voyez que ce lambeau peut être mobilisé par la contraction volontaire des muscles de la partie antérieure et de la partie postérieure de la jambe.

Présentation de pièces.

Éléphantiasis de la verge et du scrotum. Orchéotomie.

M. Ch. Monod. — La pièce que je vous présente provient d'une opération rarement faite sous nos climats, l'*orchéotomie* ou ablation des enveloppes de la verge et des bourses pour hypertrophie éléphantiasique de ces parties.

Je donnerai plus tard les détails de l'observation. J'attire seulement, aujourd'hui, l'attention, pièce en main, sur certains points de technique.

Comme vous pouvez le constater, l'enveloppe hypertrophiée du fourreau se termine par une saillie conique qui a toute les apparences d'un gland.

Je crus, en effet, tout d'abord qu'il s'agissait là d'un gland déformé, avec un méat élargi transporté à sa face inférieure. L'urine s'échappait, en effet, d'un point situé à ce niveau, par un orifice paraissant tapissé d'une membrane muqueuse.

Or, le point capital de l'orchéotomie est tout d'abord de découvrir le gland ; c'est en se servant de lui comme guide que l'on arrivera à décortiquer la verge sans intéresser les corps caverneux et l'urèthre, dans lequel une sonde aura pu être introduite. C'est à la base du gland que viendra plus tard s'attacher le lambeau scellé aux dépens de la peau saine de la région suspubienne, qui devra former un nouveau fourreau à la verge.

Chez mon malade, le doute que j'avais sur la situation réelle du gland rendait le premier temps de mon opération difficile.

S'il avait été réellement constitué par la saillie dont j'ai parlé, il ne me restait d'autres ressources que de faire une section transversale en arrière de cette saillie, et de terminer l'opération comme dans l'amputation classique de la verge.

Il n'en était pas, heureusement, ainsi. Après avoir fait une section longitudinale sur le dos de la verge, qui ne m'apprit rien, je me décidai à débrider largement, à la face inférieure de l'organe, l'orifice par où s'échappait l'urine. Je fus ainsi conduit dans une cavité basse, au fond de laquelle m'apparut un gland absolument normal.

La saillie contournée qui le masquait n'était donc qu'un prépuce énormément épaissi.

Cette découverte faite, le reste de l'opération devenait facile.

Par deux incisions verticales tracées à la hauteur du cordon de la région pubienne et sus-pubienne, mais légèrement obliques en bas et en dehors, je limite ce lambeau trapézoïde, complété,

par une incision transversale, réunion des extrémités inférieures et des incisions précédentes.

Une seconde incision transversale est pratiquée en arrière du gland.

Le lambeau hypertrophié du fourreau de la verge compris entre ces deux sections transversales devra être décortiqué et enlevé, mais auparavant je mène de l'angle droit du lambeau sus-pubien une grande incision circonférentielle qui, passant à la racine des bourses, à droite, en dessous, par la gauche d'elles, va rejoindre l'angle gauche du lambeau sus-pubien.

Ainsi se trouvent circonscrites toutes les parties de peau à sacrifier; elles sont limitées en avant par l'incision tracée tout autour de la base du gland, en arrière par le bord inférieur de lambeau sus-pubien, d'une part, et, d'autre part, par la grande incision circonférentielle circonscrivant la racine des bourses.

La peau hypertrophiée, enlevée dans ces limites, les deux testicules, contenus respectivement dans leurs vaginales et suspendus à leur cordes, se montrent dans le champ opératoire. On peut, à l'aise, s'assurer que les vaginales ne contiennent, contrairement à ce qui est souvent signalé, ni liquides ni corps étrangers.

Il ne reste plus qu'à refermer cette vaste plaie. Le lambeau sus-pubien attiré en bas sur la face dorsale de la verge est uni bord à bord à la face inférieure de celle-ci et à la base du gland. Les deux lèvres de la grande incision circonférentielle des bourses sont rapprochées l'une de l'autre sur la ligne médiane, au-dessous de la verge reconstituée en une sorte de raphé médian vertical. Ainsi se trouve reformé un nouveau scrotum à dimensions réduites, sous lequel sont contenus les deux testicules et les parties voisines.

Toutes les sutures sont faites au crin et à points séparés. Un drain primitivement mis à l'angle inférieur de la ligne de réunion est finalement supprimé, l'accolement des parties profondes paraissant suffisant.

Une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Un grand pansement, iodoforme et ouate, est appliqué et maintenu en place par un double spica.

L'écoulement sanguin, au cours de cette opération, a été, pour ainsi dire, nul. Quelques artérioles et quelques gros vaisseaux veineux sectionnés ont été pincés à mesure. La plupart ne donnaient lieu à aucun écoulement à la fin de l'opération. C est à peine s'il a fallu faire deux ou trois ligatures au catgut sur les points les plus saignants.

Présentation d'appareils.

Note sur les appareils orthopédiques en feutre laqué.

M. le Dr V. Ménard. — Il convient de choisir pour la fabrication de ce genre d'appareils du feutre bien serré, d'une épaisseur de cinq millimètres, lorsqu'on veut obtenir une forte résistance, (corsets orthopédiques, appareils de coxalgie), d'une épaisseur de trois ou quatre millimètres si l'on n'a pas besoin d'une aussi grande solidité (appareils de genou, de coude).

La plupart des appareils que j'ai vus jusqu'ici, et qui le plus souvent viennent de l'étranger, sont faits suivant un procédé rudimentaire. Le feutre, préparé d'avance, enduit de la préparation durcissante et porté à une chaleur de 70 à 80 degrés, est appliqué directement sur la partie du corps qu'il s'agit de maintenir. Cette application est sans difficulté, mais le modelage est imparfait, à peu près nul, surtout si la région du corps dont il s'agit offre une forme complexe. Par exemple, on obtient un résultat médiocre ou tout à fait mauvais pour les corsets.

Cet inconvénient disparaît en construisant l'appareil sur un moulage, comme on fait pour les appareils en cuir.

A défaut d'un mouleur de profession, tous les moulages sont faits à l'hôpital Maritime par nous ou par mes élèves. Je pense du reste qu'il y a intérêt à ne pas abandonner le moulage aux soins exclusifs du mouleur professionnel. Il convient tout au moins d'y assister, afin de donner à la région malade la position que l'appareil devra maintenir. Faute de cette précaution, nombre d'appareils impriment une attitude défectueuse, et ne mériteraient plus le nom d'orthopédiques.

Le moulage fait et séché, le feutre, sans aucune préparation préalable, est tendu à sa surface tout comme on opère pour le cuir ramolli que l'on veut mouler.

Ensuite seulement, on applique la solution de gomme laque qui durcit le feutre.

On trouve un peu partout des formules de préparations durcissantes. Le pharmacien de Berck, qui a bien voulu se charger de faire des appareils pour mes malades, s'est arrêté à la composition suivante :

Gomme laque rouge	} ââ 2
Gomme laque blanche	}
Alcool à 90 degrés	3

Le feutre se laisse facilement pénétrer par cette solution. Le

séchage se fait à l'étuve avec une chaleur douce de 75 à 80 degrés. En dépassant notablement 100 degrés, on s'expose à brûler le feutre ou la gomme laque, à obtenir un appareil trop dur, trop peu élastique et par suite cassant.

L'opération dure environ 15 minutes.

Suivant la rigidité que l'on veut obtenir, on peut répéter l'application de la gomme laque deux et même trois fois.

Dans certains cas, il y a avantage à donner une rigidité différente aux diverses parties de l'appareil. C'est ainsi que l'on peut laisser sans préparation durcissant, la partie de l'appareil voisine de la coupe, où bien encore les régions où l'appareil recouvre une saillie osseuse que peut blesser une carapace trop rigide.

Lorsque l'appareil est durci, on en fait l'essai sur le malade et l'on supprime les parties en excès suivant le mode habituel.

L'application d'une couche de vernis laqué à l'extérieur donne à l'appareil un aspect plus convenable, en même temps qu'elle augmente encore sa solidité.

Il ne reste enfin qu'à fixer les boucles ou les agrafes suivant les cas.

Si je suis entré dans les détails essentiels de la fabrication de ces appareils, telle que je la fais faire à Berck, c'est avec une idée de vulgarisation.

Loin de Paris et des fabricants d'appareils orthopédiques, je me trouve en présence de toutes sortes de difficultés. Pour le moindre appareil à faire, le malade devrait faire un voyage ou plutôt deux ou trois voyages à Paris ou aileurs, ce qui n'est pas à la portée de tous les malades.

Je crois être parvenu à supprimer en partie cet embarras. La fabrication de beaucoup d'appareils n'exige que des moyens fort élémentaires, et que l'on peut avoir partout à sa disposition.

Les appareils en feutre laqué faits sur moulage prennent une forme tout aussi parfaite que les appareils en cuir moulé.

Ils sont d'une solidité très suffisante, surtout pour les enfants. En même temps, ils sont d'une incomparable légèreté.

A un autre point de vue, leur prix modique est un avantage appréciable.

J'ajoute que les appareils en feutre qu'on enlève et qu'on remet en place à volonté, ont leurs indications spéciales ; ils ne peuvent être substitués aux appareils inamovibles en plâtre, dont les indications sont différentes.

Élection

Pour la commission chargée du classement des candidats au titre de membres correspondants nationaux.

MM. JALAGUIER	20	voix.
WALTHER	20	—
RICARD	20	—
CHAUVEL	19	—

Sont élus.

A 5 heures, comité secret pour la lecture du rapport du trésorier.

Le Secrétaire annuel,

P. REYNIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SEANCE DU 28 DÉCEMBRE 1898

Présidence de M. BERGER

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Uue lettre de M. SCHARWTZ, qui s'excuse de ne pas assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

M. MONOD. — Une erreur de l'imprimeur me fait écrire dans ma communication que j'ai fait une *orchéotomie* ; c'est une *oschéotomie* qu'il faut lire.

M. ROBERT. — Je regrette de ne pas pouvoir vous montrer le malade que je désirais vous présenter à la fin de cette séance. Très pusillanime et redoutant une opération, il est sorti brusquement de l'hôpital.

L'opération complète serait, je crois, très difficile, car indépendamment de l'éléphantiasis du scrotum, il existe de l'adéno-lymphocèle dans les deux aines et dans l'aisselle droite. De plus, ainsi que je l'ai déjà observé chez plusieurs malades, les testicules sont très volumineux, comme atteints d'orchite chronique. Des filaires trouvées dans le sang confirment le diagnostic de filariose.

Imperforation ano-rectale traitée par l'anus iliaque; rétablissement de l'anus normal; suppression de l'anus iliaque. Guérison.

M. E. Kirmisson. — Messieurs, dans la dernière séance, notre collègue, M. Lejars, vous a présenté une jeune fille qui, traitée d'abord par l'anus iliaque pour une imperforation anale, fut plus tard guérie de son infirmité après rétablissement de l'anus par les voies naturelles. Je désire à ce propos vous communiquer un fait analogue qui s'est passé cette année dans mon service à l'hôpital Trousseau, et qui emprunte un intérêt particulier aux circonstances au milieu desquelles il s'est présenté.

Le 26 mars dernier, en arrivant dans mon service, j'appris que, la veille, avait été admis un petit garçon de quatre jours offrant les symptômes d'une imperforation ano-rectale. Chez lui, l'anus existait, mais il se terminait en un infundibulum qui n'avait pas plus de 2 centimètres de profondeur. Un chirurgien du Bureau central appelé, pratiqua en haut et en arrière un débridement au bistouri ; il pénétra ainsi à une profondeur de 3 centimètres environ, mais ne rencontrant pas l'ampoule rectale, il se décida à pratiquer un anus iliaque.

Quand je le vis le lendemain matin, l'enfant était en assez bon état; il devait être nourri au sein par sa mère; j'engageai donc le père à le reprendre, en lui indiquant les précautions nécessaires, et l'invitant à me le présenter de nouveau dans quelque temps pour voir s'il ne serait pas possible de rétablir l'anus normal, en fermant l'ouverture iliaque.

Dès le 1er avril, l'enfant âgé de dix jours, m'est apporté par sa mère. Il est dans un état très précaire, amaigri, les traits tirés. Au niveau de l'anus iliaque, nous constatons un volumineux prolapsus mesurant 8 à 10 centimètres de longueur. Je cherche à me rendre compte de la situation réciproque des bouts supérieur et inférieur de l'intestin, mais il m'est impossible de faire pénétrer une sonde à quelque profondeur.

J'exerce ensuite des pressions sur le prolapsus pour en obtenir la réduction ; mais l'enfant pousse des cris continuels et fait de violents efforts. Tout d'un coup, les adhérences péritonéales créées par l'opération se rompent; la plus grande partie des anses de l'intestin grêle et une partie de l'S iliaque font issue au dehors.

La situation était singulièrement critique; je fis immédiatement envelopper dans des compresses aseptiques les anses intestinales sorties de l'abdomen. L'enfant est porté sur la table d'opération et endormi par le chloroforme. Je commençai tout d'abord par pratiquer la réduction des anses intestinales faisant issue à travers la plaie. Ensuite, une sonde, introduite dans l'orifice intestinal, démontre que le prolapsus s'est fait aux dépens du bout inférieur ; poussée aussi loin que possible, cette sonde est facilement appréciable par la plaie péri-

néale. Dans ces conditions, l'orifice anal est débridé en arrière jusqu'au coccyx. On aperçoit la sonde coiffée du cul-de-sac rectal, faisant saillie dans la profondeur de la plaie. Rien n'est plus facile que de passer des fils à travers la paroi intestinale, de l'attirer par en bas et de la fixer dans la plaie périnéale par la suture. Dès lors, l'anus normal étant rétabli, on se met en devoir de fermer l'anus contre nature. Pour ce faire, l'S iliaque ayant été attiré et maintenu au dehors par des pinces hémostatiques, on fait sur le pourtour de l'orifice intestinal et perpendiculairement à la direction longitudinale de l'intestin, deux plans de suture de Lembert. Un premier plan porte sur la paroi musculaire et la face externe de la muqueuse ; le second plan est un plan de sutures séro-séreuses. Quelques gouttes de sang s'étant épanchées dans la cavité péritonéale, celle-ci est nettoyée avec des tampons montés sur une pince, qui ramènent de petits caillots. On termine par la suture de la paroi; suture du péritoine au catgut, suture de la paroi musculo-aponévrotique à la soie, et de la peau au crin de Florence.

Les suites de l'opération ont été d'une bénignité parfaite; immédiatement les matières ont passé par l'anus périnéal. Pas une goutte de matières n'a filtré à travers l'anus iliaque; le seul incident à noter a été l'élimination de quelques fils de soie au niveau de la plaie de la fosse iliaque gauche. L'enfant alimenté par sa mère s'est normalement développé.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle est bien de nature à démontrer quelle tolérance, même de très jeunes enfants présentent vis-à-vis d'opérations chirurgicales graves. C'était, en effet, une opération nécessairement longue et laborieuse que celle qui a consisté à réduire d'abord dans l'abdomen les anses intestinales herniées, puis à rétablir l'anus normal et enfin à obturer l'anus contre nature, et cela chez un enfant de dix jours, dans un état général aussi grave.

C'est ensuite un fait qui vient s'ajouter à ceux qui ont été publiés jusqu'ici, et qui plaident en faveur de la conduite préconisée devant vous par M. Chalot (de Toulouse), qui consiste, dans les cas où toutes les recherches par le périnée sont demeurées vaines, à ouvrir l'S iliaque, à cathétériser le bout inférieur de l'intestin, en se servant de ce cathéter comme d'un conducteur, à rétablir l'anus normal. Pour ma part, je me déclare absolument partisan de cette manière de faire.

Il est enfin une dernière remarque que je voudrais faire à propos de ce cas particulier; cette remarque est la suivante : Quand il existe un orifice anal normalement conformé, généralement le cul-de-sac rectal n'est pas très haut, il importe que le chirurgien pousse aussi loin que possible la dissection, et le plus souvent, il parviendra à trouver l'intestin. Ce disant, j'ai l'air de

faire une recommandation classique; mais il faut bien croire que cette notion n'est pas de pratique courante, puisque l'année dernière j'ai eu l'occasion de voir un petit garçon opéré par un chirurgien distingué de la province, pour une imperforation ano-rectale, chez lequel, sans faire aucune recherche par le périnée, bien que l'orifice anal fût normalement conformé, on avait pratiqué d'emblée un anus iliaque. Lorsque l'enfant me fut confié vers l'âge de six mois, il me fut facile, en cathétérisant le bout inférieur, de rétablir l'anus normal ; malheureusement, l'enfant nourri au biberon succomba à des troubles gastro-intestinaux, avant que j'aie pu fermer l'anus iliaque.

Il y a d'autant plus d'intérêt à prolonger les recherches par le périnée que, dans ces cas d'imperforation ano-rectale, le sphincter de l'anns existe; ce que l'on obtient, ce n'est donc pas un anus normal.

J'ai l'honneur de vous présenter mon petit opéré de l'hôpital Trousseau, âgé aujourd'hui de 9 mois, puisqu'il est né le 22 mars. Non seulement il est dans un état de santé parfaite, mais vous voyez que chez lui l'anus fonctionne normalemenf; il n'y a aucune incontinence de matières fécales.

M. Lejars. — J'avais été appelé tout dernièrement à l'hôpital des Enfants assistés, pour un enfant de 2 jours qui avait une imperforation complète de l'anus, je ne sentais rien par la région périnéale ; même lorsque l'enfant criait, rien ne bombait; imbu des idées que M. Kirmisson vient de développer devant vous, j'ai cherché avec insistance l'ampoule rectale après l'incision de la région anale, j'arrivai en effet à la trouver, mais je fais remarquer que si je n'avais pas mis cette ténacité à la chercher on aurait pu être tenté, devant l'inutilité des premières recherches, de ne pas les poursuivre et de faire l'anus iliaque. Je ne saurais donc trop appuyer ce que vient de dire M. Kirmisson; dans la recherche de cette ampoule rectale, il faut être tenace, et au besoin se donner beaucoup de jour, voire même par la résection du coccyx, afin de parvenir à la découvrir.

M. Kirmisson. — Il y a d'autant plus d'intérêt à trouver l'ampoule rectale, que lorsqu'on l'ouvre et qu'on la fixe à la région anale, ce n'est pas un anus artificiel que l'on fait, mais un anus normal, car le sphincter est normal et peut fermer cet anus.

Fistule stercorale.

M. Ch. Monod. — Je voudrais rapprocher du fait présenté par M. Lejars, dans notre dernière réunion, une observation qui a avec la sienne des analogies.

Il s'agit d'une jeune fille, d'outre-mer, opérée par moi en juillet 1896, d'une fistule stercorale de la fosse iliaque gauche.

Cette jeune fille avait eu, à l'âge de trois ans, un abcès de la fosse iliaque, ouvert par les médecins de son pays ; il avait laissé à sa suite une fistule stercorale. Cette fistule fut opérée un an plus tard, avec succès, sembla-t-il tout d'abord ; car pendant quatre ans l'écoulement stercoral fut supprimé. Il se fit cependant, au bout de ce temps, une réouverture spontanée de l'orifice ; la petite malade avait alors huit ans.

Découragés par la première tentative, les parents ne voulurent pas en laisser faire de nouvelles. Ce ne fut que quand l'enfant fut devenue jeune fille qu'elle demanda elle-même à être débarrassée de son infirmité. On se décida pour cela à venir à Paris.

Lorsque la malade me fut présentée en juin 1896, elle portait à la partie inférieure de la fosse iliaque gauche, un peu au-dessus du pli inguinal, un petit orifice garni de bourgeons, par où s'échappaient des matières stercorales venant évidemment du gros intestin. Il y avait de plus des selles régulières par l'anus.

Je crus pouvoir me contenter chez elle d'une suture directe de l'orifice intestinal après large dissection du trajet fistuleux.

L'*opération* eut lieu le 6 juillet 1896. Circonscrivant l'orifice fistuleux par deux incisions courbes se regardant par leur concavité, je poursuivis la dissection du trajet dans la profondeur jusqu'à rencontre de l'orifice intestinal ou de ce que je considérais comme le représentant. Le trajet disséqué fut sectionné au ras de cet orifice et je procédai à la fermeture de ce dernier, suivant le procédé ordinaire, qui se rapproche absolument de celui auquel M. Lejars a eu recours.

J'apercevais nettement un orifice tapissé par une couche tomenteuse, qui me parut à moi-même et à mes assistants constituée par la muqueuse intestinale éversée. Par une série de points de suture à la soie fine je fermai exactement cet orifice. Je fis pénétrer l'aiguille à 2 ou 3 millimètres en dehors de la fistule, la glissant ensuite dans l'épaisseur des tissus et la faisant ressortir au ras de la muqueuse, sans intéresser celle-ci. Même manœuvre sur le bord opposé de la fistule. En somme, suture à la Lembert, non perforante. Les fils devaient donc mettre en contact les bords avivés de l'orifice, sans pénétrer dans l'intestin. Avant de serrer les fils, j'abrasai la muqueuse elle-même à la curette.

Une seconde rangée de fils est placée de façon analogue au devant de la première, de manière à *enterrer* complètement celle-ci. Un troisième plan rapproche les tissus musculaires et fibreux divisés. Toutes ces sutures sont à la soie. La peau enfin est réunie au crin, après résection des parties cicatricielles ou altérées.

Suites. — Tout alla bien pendant les dix premiers jours — à un inci-

dent près : Je fus fort surpris de constater, le troisième jour, l'existence d'un emphysème sous-cutané, qui s'étendit graduellement à tout le corps, y compris les membres supérieurs et inférieurs. Je ne sus en découvrir exactement l'origine. Je crus devoir le rapporter aux vomissement incessants et incoercibles, dont la jeune malade souffrit pendant les premières vingt-quatre heures. Je pensais qu'en raison des violents efforts faits par la malade, il avait pu se produire une petite rupture de la trachée, fait dont il existe quelques exemples. Cet emphysème disparut d'ailleurs de lui-même.

Entre temps, aucune réaction locale ni générale; pas d'élévation de la température; bon aspect de la plaie.

Le 15 juillet, c'est-à-dire le neuvième jour, j'enlève les fils de suture. La réunion semble parfaite. J'applique un pansement au stérésol.

Le 19, profitant de la présence fortuite d'un de mes assistants, à qui j'étais heureux de montrer le bon résultat obtenu, je découvris la malade. Je pus avec chagrin constater que des matières fécales filtraient à travers les petits orifices des points de suture.

Les jours suivants, l'échec ne devenait que trop certain; les injections faites par le rectum ressortaient par la plaie qui tendait à se désunir. Je dus la rouvrir complètement; toutes les matières fécales s'épanchaient sur la paroi abdominale.

Obligé de m'absenter de Paris à cette époque, je confiai la malade aux soins du Dr Bruyère, qui, pendant trois mois, la pansa avec une intelligence et une sollicitude rares.

Grâce à ces soins, nous vîmes la plaie se refermer progressivement; les matières reprirent leur cours par l'anus. Bref, le 10 novembre, l'orifice abdominal était complètement fermé.

Ce fait semblait donc donner raison à M. Chaput, qui considère qu'une fistule stercorale, une fois la muqueuse détruite, peut guérir spontanément à condition d'être soumise à un traitement local soigneux et rigoureux.

Notre jeune malade quitta Paris; mais ses parents, avertis par l'expérience, ne voulurent pas l'emmener immédiatement avec eux dans leur pays d'origine. Ils la laissèrent en France pendant un an. Je la vis l'an dernier, peu avant son départ définitif; elle allait bien.

Et cependant je viens d'apprendre qu'il y a deux mois environ, c'est-à-dire à peu près exactement deux ans après la guérison apparente, l'orifice s'était rouvert spontanément, et que tout est à recommencer.

Je pense que, comme dans le cas de M. Lejars, je n'ai pas fermé le véritable orifice de l'intestin, que, suivant son expression, je suis resté dans l'antichambre sans pénétrer dans la pièce principale; que, par conséquent, une suture placée sur l'intestin lui-même, libéré et attiré dans la plaie, pourra seule donner le résultat voulu.

Rapport.

Castration pour testicule tuberculeux avec ablation d'une longueur considérable de la partie intra-abdominale du canal déférent,
par M. Beurnier.

Rapport par M. PAUL REYNIER.

Messieurs, M. le Dr Beurnier est venu au mois de juin dernier nous rapporter l'observation suivante, que je vous demande de vous résumer.

Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-six ans, grand, pâle, d'aspect chétif, qui venait le consulter pour une augmentation de volume du testicule droit. Il n'y avait que six semaines que ce gonflement avait apparu. Il n'en souffrait toutefois pas, et n'avait pas remarqué que ce gonflement eût sensiblement augmenté depuis son apparition.

A l'examen, le testicule était normal; mais l'épididyme dans sa totalité, de la tête à la queue, avait environ un volume triple de ses dimensions ordinaires; il était dur, légèrement bosselé. La peau du scrotum était normale comme consistance et comme coloration. En arrière et en bas seulement, sur une surface grande comme une pièce de cinquante centimes, elle était adhérente à la queue de l'épididyme, dont la consistance en ce point était un peu moins résistante que dans le reste de son étendue. Le canal déférent était au moins doublé de volume, induré et très nettement moniliforme, depuis son origine, jusqu'au point où il était possible de pousser l'examen, c'est-à-dire jusqu'à la partie profonde du canal inguinal et son entrée dans la fosse iliaque interne. La palpation, non plus que celle du testicule, ne révélait aucune sensation douloureuse.

Le diagnostic ne pouvait être hésitant : il s'agissait d'une épididymite et d'une funiculite tuberculeuses. Ajoutons que la vaginale paraissait contenir une cuillerée à bouche environ de liquide.

Le testicule, l'épididyme et le canal déférent du côté gauche paraissaient absolument sains à l'examen. Le toucher rectal le plus minutieux ne révélait aucun signe anormal du côté de la prostate ou des vésicules séminales. Le canal de l'urèthre n'était et n'avait jamais été le siège d'aucun écoulement, et il n'y avait non plus jamais eu de cystite.

L'auscultation ne révélait rien du côté des poumons, ou des plèvres; le malade n'avait jamais toussé, et n'avait pas eu d'hémoptysie. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Malgré son aspect chétif, ce jeune homme a toujours eu bonne santé, et n'a jamais été arrêté dans l'exercice de sa profession d'employé de commerce, où il est presque constamment debout derrière des comptoirs.

On était donc en présence d'un malade qui portait une épididymite

tuberculeuse unilatérale sans lésion des vésicules séminales, mais avec participation du cordon dans toute la longueur accessible à l'exploration et allant probablement plus loin jusqu'à un niveau impossible à préciser. De plus, aucune lésion viscérale.

En présence de ce malade, et craignant de voir progresser la lésion, M. Beurnier ne crut pas devoir se contenter du simple traitement médical, et de l'expectation.

Décidé à intervenir, et tenant compte du siège des lésions, il se résolut à faire l'opération qui a été préconisée par Villeneuve de Marseille en 1889 et par Roux au Congrès de Chirurgie de 1890, et enlever le canal déférent malade en même temps que le testicule.

Faisant une incision cutanée sur le scrotum, incision qui remontait à 3 centimètres au-dessus de l'orifice externe du canal inguinal, il incise d'abord la vaginale, extrait le testicule, comme dans une castration ordinaire.

Ayant le cordon sous les yeux, il libère le groupe des vaisseaux postérieurs, qu'il lie et sectionne.

Il sépare le canal déférent des vaisseaux antérieurs, qu'il lie et sectionne de même, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Alors il incise la paroi antérieure du trajet inguinal, comme dans la cure de hernie. Il lui est alors facile de libérer le canal déférent des parties voisines, au moyen des doigts et de la sonde cannelée, jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal.

A ce niveau, il le trouve encore dur et moniliforme.

Il prolonge alors l'incision de 3 centimètres et il se trouve alors dans la situation d'une véritable laparotomie sous-péritonéale. Avec l'index, il refoule le péritoine, et tirant légèrement sur son canal déférent, auquel est toujours attenant le testicule, il est frappé de voir combien, par une légère traction, il peut amener facilement au dehors la totalité du canal déférent, à mesure que son index le libère sans aucun effort. Il attire ainsi 12 centimètres environ de canal déférent, et il peut alors reconnaître que 7 centimètres de ce canal sont absolument sains et normaux. Dans ces conditions, il ne pense pas devoir aller plus loin et sectionne son canal déférent, à 5 centimètres environ de sa terminaison. Il a alors en mains tout ce qui était lésé, testicule et canal déférent y attenant. La partie sectionnée de ce canal mesure 27 centimètres.

Il reconstitue alors le canal inguinal comme dans une opération de Bassini, en le fermant complètement dans toute sa longueur, au moyen de points de suture en U à la soie, réunissant les différents plans musculaires et fibreux. Les suites furent très simples. Le malade, le quinzième jour, était guéri, sans avoir suppuré.

L'examen de la pièce montra que l'épididyme était entièrement farci de lésions tuberculeuses, contenant trois gros foyers caséeux. Le canal déférent était également malade sur toute son étendue.

Telle est cette observation, qui montre avec quelle facilité on peut par cette large incision du canal inguinal, et le décollement péritonéal, attirer au dehors le canal déférent.

M. Beurnier nous dit bien qu'il ne l'a pas enlevé dans sa totalité, parce que la limitation de la lésion ne l'y forçait pas. Mais il aurait vu qu'elle s'étendait plus loin, qu'il ne doute pas qu'il lui aurait été facile par cette voie d'arriver jusqu'à la terminaison du canal déférent, et de vaincre la légère résistance qu'il éprouvait pour amener la partie terminale de ce canal.

La conduite qu'a suivie M. Beurnier ne me paraît mériter que des éloges.

Les lésions du canal déférent étant très fréquentes dans les épididymites tuberculeuses, on ne saurait trop insister sur la nécessité de suivre ces lésions, et de ne pas limiter son intervention au testicule.

Roux nous a fait remarquer avec juste raison, combien souvent les malades après castration pour tuberculoses testiculaires, revenaient avec des fistules intarissables maintenues par la suppuration du canal déférent. Pour tarir ces fistules il lui a fallu souvent enlever le canal déférent par une opération complémentaire. Chez trois malades, j'ai été moi-même obligé d'avoir recours à cette opération complémentaire, et j'ai fait la résection du canal déférent, en suivant la voie qu'a suivie M. Beurnier. Comme lui, j'ai été, en effet, frappé de voir combien par ce décollement péritonéal on peut aller profondément et arriver jusque sur les vésicules séminales. C'était d'ailleurs ce qu'avait observé de Villeneuve qui par cette voie a pu enlever non seulement tout le canal déférent, mais la vésicule malade.

Quand la chose est possible, cette opération me paraît jusqu'à un certain point meilleure que celle préconisée par Roux, qui après avoir enlevé le canal déférent par décollement sous-péritonéal enlève la vésicule par la voie périnéale. Il est toujours préférable en effet, quand rien ne s'y oppose, de n'avoir qu'une incision.

Mais M. Beurnier nous dit que la vésicule était saine, qu'il n'a pas eu à penser à son ablation. Nous n'avons donc pas à discuter cette question ici.

Reste maintenant une autre question que l'observation de M. Beurnier nous permet d'aborder, et que je serais heureux de voir mettre à l'ordre du jour. Je veux parler du traitement de la tuberculose du testicule de date récente *non encore ouverte*.

Depuis qu'une discussion s'est élevée à la Société de chirurgie en 1871 sur le traitement de la tuberculose testiculaire, nous n'avons eu que quelques communioations isolées, comme celles que nous faisait il y a deux ans M. Quénu. Et cependant, depuis 1872 nos idées se sont bien modifiées sur toutes choses, par le fait des progrès de l'antisepsie et de la bactériologie. Les conclusions qu'on pouvait tirer de la discussion de 1871 seraient-elles encore les mêmes aujourd'hui? Il est permis d'en douter.

Si un certain nombre de chirurgiens sont, au début des lésions bacillaires testiculaires, encore pour l'abstention et le traitement médical. quelques-uns sont à l'heure actuelle plus disposés à l'intervention précoce ou tout au moins contraires à l'abstention presque systématique des premiers.

Ceux-ci s'appuient pour défendre leur opinion : 1° sur la bénignité relative de la tuberculose, limitée aux organes génitaux de l'homme. 2° sur la conservation possible d'un bon état général avec cette lésion. 3° Sur la guérison fréquente par le traitement médical bien conduit, aidé du séjour aux eaux salées. 4° Sur la fréquence des lésions prostatiques concurremment avec les lésions de la glande ou de l'épididyme; d'où la difficulté d'espérer faire des exérèses complètes de la lésion tuberculeuse. 5° Enfin sur le danger au point de vue moral, voire même physique, des suites de la castration.

Certes, ce sont là des considérations de grande valeur. Mais les interventionnistes de leur côté ont des arguments sérieux pour opérer de bonne heure.

La tuberculose du testicule n'est pas toujours aussi bénigne qu'on veut bien le dire. M. Tillaux nous cite dans ses Cliniques, l'observation d'un jeune élève de l'École polytechnique, chez lequel on ne fit rien, et qui, quelques mois plus tard, était revu par M. Tillaux dans un état lamentable.

Moi-même dans ma pratique j'ai des cas analogues à signaler. J'ai surtout l'observation suivante, qui a été pour moi d'autant plus pénible, qu'il s'agissait du fils d'un de mes amis, garçon que j'avais vu naître, et que j'affectionnais. Un jour, ce garçon, âgé alors de quinze ans, vint me montrer son testicule droit. Il avait reçu un coup de pied d'un de ses camarades. Il n'y avait pas fait attention, lorsqu'il vit survenir un gonflement de l'épididyme qu'il venait me montrer.

L'épididyme était gros, dur, bosselé, le canal déférent était intact; la prostate et les vésicules séminales étaient saines. Je crus devoir ne pas intervenir, me contentant du repos au lit, de l'application de pommade iodurée, d'un traitement général à l'huile de foie de morue.

Ses parents étaient riches, il vivait à la campagne, avec tout le plus grand bien-être, voitures à sa disposition, chasse, etc. Malgré cela, bientôt le malade ne mangeait plus, supportait mal son huile de foie de morue, et l'épididyme continuait à rester douloureux.

Trois [mois après, je l'envoyais à Biarritz. Il en revenait plus souffrant. Je le fis voir à M. Duplay, qui parla de lui faire l'épididydectomie, avec résection du canal déférent, qui depuis la première fois que je l'avais vu s'était pris. Les parents, moi-même, j'hésitai. La question morale l'emportait, et j'espérais que, partant dans un très beau château, au grand air pendant l'été, il pourrait peut-être éviter cette opération.

Quand il revenait quatre mois après, il était méconnaissable. Il ne mangeait plus; et son inappétence tenait autant à un état neurasthénique, qu'à la lésion bacillaire. Je conseillai donc un séjour dans le midi, dans une maison de santé, où on pourrait par l'isolement agir sur sa neurasthénie.

Les parents ne voulurent pas m'écouter; on le mettait dans une maison de santé aux environs de Paris, où son état neurasthénique s'améliora, mais d'où il sortit au mois de janvier toussant, présentant des lésions aux sommets. On se décida alors à partir pour le midi. Le malheureux jeune homme y arrivait pour mourir quelques jours après d'une poussée de congestion pulmonaire péribacillaire. Interrogez vos confrères comme je l'ai fait, et vous verrez que ces exemples-là ne sont malheureusement pas isolés. Ils sont trop nombreux pour ne pas ébranler la confiance qu'on peut avoir dans la bénignité de la localisation tuberculeuse à la glande génitale, et son peu de tendance à la généralisation. Si chez quelques-uns la tuberculose testiculaire reste accident local, chez d'autres, elle peut être le point de départ d'une infection générale.

On comprend que, dans le doute de ce qui peut arriver, on puisse être ici désireux d'appliquer les principes qui nous guident, quand nous voyons une tuberculose locale apparaître sur un autre point de l'économie; et enlever ce foyer tuberculeux, épée de Damoclès qu'on supprime.

Après l'opération faite par M. Beurnier, ne peut-on pas être plus tranquille que si on l'avait laissé mener une existence fatigante avec ces lésions évoluant plus ou moins lentement?

L'intervention de M. Beurnier dans ces conditions me satisfait plus que s'il s'était abstenu.

Nous serons de plus en plus portés à intervenir, que nous ne craignons plus, comme du temps de M. Verneuil, la généralisation amenée par l'intervention.

Nous savons aujourd'hui que cette généralisation est surtout à

craindre quand le malade suppure, quand au bacille de Koch s'ajoute le concours des microbes de la suppuration. Ceux-ci aident à la diffusion, qui ne se fera pas si l'opération est aseptique. Or cette opération aura ce caractère si on intervient de bonne heure, si le malade n'a pas encore suppuré, si nous avons affaire à une tuberculose fermée. Je trouve donc encore là une raison d'intervenir de bonne heure.

Mais devons-nous nous laisser arrêter par la crainte des idées d'hypochondrie que peut faire naître la perte de ces organes? Ces idées sont surtout à craindre lorsqu'il faut faire le sacrifice des deux testicules. Et dans ce cas, je ne raisonne plus de même. Mais si un testicule est sain, je crois que le médecin, pour peu qu'il s'en donne la peine, fera philosophiquement accepter par son malade la perte qu'il aura faite. Qu'il lui montre bien les dangers qu'il court en conservant un foyer d'infection, et un organe désormais inutile, et cette idée peut, si elle est habilement exploitée, s'opposer aux idées hypochondriaques, que peut faire naître le regret de ce qu'on a perdu.

Reste enfin la question de la prostate. Est-elle prise, dans tous les cas, comme on tend à l'admettre classiquement, comme le disait encore dernièrement König, comme l'ont écrit Guyon et Lancereaux?

Si on examine des tuberculoses testiculaires déjà vieilles en date je crois qu'en effet il est rare de voir la prostate échapper. Les autopsies, qui sont faites toujours dans des cas de vieilles lésions, sont là pour justifier cette idée.

Mais si on examine des lésions de date récente, il n'en sera pas de même. Le malade de M. Beurnier, cliniquement, ne présentait aucune lésion de la prostate. J'ai encore dans mon service deux malades dont la lésion remonte à deux mois seulement, et chez lesquels l'examen le plus consciencieux, le plus répété fait par moi, M. Beurnier, mes internes, n'a rien révélé du côté de la prostate.

A l'hôpital Tenon, j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme jeune encore, qui mourait d'une fracture du crâne, et qui présentait des lésions bacillaires évidemment récentes de l'épididyme, il n'avait aucune lésion prostatique.

J'ai vu dans mon cabinet des tuberculoses épididymaires dès le début, et ces malades ne présentaient encore aucune autre lésion tuberculeuse; chez des malades où la localisation s'était faite à la suite d'un coup, j'ai pu voir se prendre successivement l'épididyme, le canal déférent et la prostate.

Nous avons encore dans cette genèse fréquente des lésions tuberculeuses de l'épididyme à la suite d'un traumatisme, un

argument en faveur de la localisation primitive limitée à l'épididyme.

Ce traumatisme local qui localise la tuberculose à l'épididyme, ne peut faire naître qu'un accident local primitif, et on ne voit pas pourquoi la prostate serait prise en même temps.

L'étiologie, l'évolution ascendante de la tuberculose, à laquelle j'ai souvent assisté, tout vient donc démontrer que dans un grand nombre de cas, il y a au début, chez un certain nombre de malades, une période où la lésion épididymaire existe seule comme manifestation tuberculeuse, la prostate ne se prenant que *consécutivement*, très rapidement toutefois, je le reconnais.

Cette marche n'est-elle pas encore un argument pour intervenir de bonne heure, alors que la lésion est limitée, et qu'on peut espérer que la prostate n'est pas encore envahie ?

Il faut enfin faire remarquer que les lésions prostatiques semblent être sous la dépendance des lésions testiculaires. Le testicule allant mieux, les lésions de la prostate souvent régressent.

Nous en avons fait souvent la constatation et avons fait constater ce fait à nos élèves, sur des malades qui sont revenus nous voir plusieurs mois, ou plusieurs années après leur castration, ou la guérison par d'autres procédés, dont nous allons parler plus loin, de leurs lésions tuberculeuses.

J'ai à vous signaler dans ce courant d'idées, l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans, atteint de lésions épididymaires doubles, auquel, sur sa demande et celle de ses parents, j'ai fait la castration. Il est revenu me voir six ans après son opération. Je l'ai touché; je n'ai plus rien trouvé du côté de sa prostate, et l'ex-malade était bien portant, ne présentant rien de suspect au point de vue de la tuberculose.

J'ai l'observation d'un homme atteint de lésions prostatiques et d'un testicule et épididyme tuberculeux suppurés avec fistules. Je lui ai détruit au thermocautère son testicule et son épididyme. Deux ans après, il revenait me trouver. C'était un homme bien portant, la prostate avait diminué et paraissait guérie.

Ces observations ne sont pas de moi uniquement. Beaucoup d'observateurs ont été frappés de cette régression de la lésion prostatique, après la guérison de la lésion testiculaire.

Les castrations, les résections du canal déférent chez les prostatiques, amenant la diminution de la prostate, et nous montrant l'influence du testicule sur la nutrition de cet organe, peuvent nous donner jusqu'à un certain point l'explication de ces faits.

La lésion prostatique n'est donc pas, comme on l'a cru, une contre-indication absolue à la castration.

Aussi, avec M. Beurnier je crois que la lésion, étant comme chez

son malade de date relativement récente, ne siégeant que d'un seul côté, n'ayant pas encore suppuré, on peut sans remords, persuadé qu'on rend service, proposer et faire l'ablation de l'organe malade.

Si le malade s'y refuse, et surtout si la lésion est double, alors il nous reste la ressource des opérations partielles que faisaient autrefois quelques-uns de nos maîtres, Malgaigne, Volkmann, mais qu'on a rajeunies avec l'antisepsie.

Nous voulons parler du curettage, dont la technique a été bien réglée dans ces derniers temps par M. Quenu, ou de l'épididymectomie dont M. Duplay dernièrement nous a parlé avec éloges.

On croit répondre par ces opérations à l'indication d'enlever le foyer tuberculeux en même temps qu'on conserve un testicule fort inutile, mais qui peut avoir encore une certaine valeur morale.

Malheureusement, ces opérations partielles ne valent que ce que valent toutes les opérations partielles, quand elles s'adressent à la tuberculose. On peut réussir quelquefois, et souvent on échoue.

On n'est en effet jamais sûr par le curettage de tout enlever. On détruit les gros foyers; mais s'il existe des lésions au début, si le canal déférent est légèrement touché, il peut échapper à votre opération des lésions auxquelles vous donnerez par votre intervention un coup de fouet, et qui seront une cause de récidive, ou mieux, de continuation du mal.

J'ai fait cette année des curettages, des épididymectomies, et j'avoue que les résultats ne m'ont pas enthousiasmé.

J'ai vu revenir deux curettages avec de nouveaux foyers, ou des fistules, et une épididymectomie m'est revenue avec le testicule gros, qui menaçait de s'abcéder, quatre mois après mon opération.

Tout dernièrement je faisais une épididymectomie avec résection du canal déférent à un jeune homme de dix-huit ans, dont la lésion remontait à deux mois.

La lésion me paraissait bien limitée à l'épididyme : le testicule était sain. Je crus devoir conserver le testicule moral.

Or, je trouvai en effet un épididyme bacillaire, au niveau de la tête. La queue, sur une étendue d'un centimètre, me paraissait saine et avait un aspect si normal que j'hésitai un moment à poser ma ligature sur cette partie saine, et à ne pas enlever l'épididyme dans son entier. Je crus toutefois devoir le faire, ne voyant pas l'utilité de conserver un moignon de l'organe. Or, à ma grande surprise, dans cette partie qui me paraissait si saine, je trouvai des tubercules gros comme une tête d'épingle, qni, dans un curettage, sûrement, m'auraient échappé.

Je serais très heureux d'entendre mes collègues, qui ont fait

plus que moi de ces opérations, venir ici me donner leurs résultats tardifs.

Tout à fait au début, les injections de chlorure de zinc de M. Lannelongue, employées par MM. Ozenne et Coudray, peuvent encore rendre des services. J'ai eu à en enregistrer deux succès. Mais la lésion doit être très limitée au début; le canal déférent ne doit pas être pris, toutes conditions qu'on rencontre rarement. Ces injections sont douloureuses, et ne vous donnent pas une certitude absolue de guérison.

A toutes ces opérations partielles, je préfère la cautérisation au galvanocautère, préconisée par M. Verneuil, que nous avons souvent employée avec mon ami M. le Dr Ischwall, soit sur des malades se refusant à la castration, soit surtout chez des malades dont la tuberculose était ouverte, qui suppuraient, et chez lesquels nous redoutions par le fait même de cette suppuration, et de l'étendue de la lésion, la castration.

Dans ces cas spéciaux, la cautérisation, largement faite, nous a rendu de très grands services. On trouvera dans les thèses de deux de nos élèves, MM. Euvrard et Degrenne, la consignation de ces observations et des résultats très encourageants que nous avons obtenus par cette cautérisation.

Mais au début le thermocautère fait des plaies étendues, détermine des escarres lentes à se détacher, et, quand il s'agit d'une tuberculose récente qui n'est pas suppurée, on comprend que la castration paraisse, non seulement une opération plus sûre, mais plus satisfaisante au point de vue de la guérison rapide.

Je crois donc pouvoir conclure que chez les individus jeunes, lorsque la lésion est limitée à un côté, lorsqu'elle n'est pas ouverte en dehors, malgré tout ce qu'on a pu dire contre la castration, celle-ci reste le traitement rationnel, qui seul peut, au point de vue de la tuberculose, donner quelque garantie pour l'avenir. L'opération doit être dans ce cas très large, et on ne doit pas hésiter à poursuivre les lésions, comme l'a fait M. Beurnier, aussi loin qu'elles s'étendent, la prostate vous arrêtant toutefois jusqu'à nouvel ordre.

Je vous propose d'adresser à M. Beurnier des remerciements et de vous rappeler les communications intéressantes qu'il nous a faites, quand il posera sa candidature.

Sur trois cas de cancer du col utérin traités par l'hystérectomie abdominale totale, par M. MAUCLAIRE, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur trois observations qui vous ont été adressées par mon élève et ami M. Mauclaire, agrégé et chirurgien des hôpitaux.

Voici d'abord ces trois observations résumées :

OBS. I. — Mme P... (Maria), âgée de quarante-huit ans, entre le 20 juillet 1898, dans le service de notre maitre, M. le professeur Le Dentu à l'hôpital Necker. Cette malade a eu trois accouchements; le dernier date de 1881 ; il a été assez pénible, et fut suivi de pertes blanches pendant longtemps.

La première métrorrhagie date du mois de janvier dernier, elle fut suivie de démangeaisons vulvaires et de douleurs dans la miction qui était plus fréquente. Bientôt les pertes de sang furent presque continuelles et nauséabondes, et dans leur intervalle, le malade perdait un liquide roussâtre. Le ventre augmenta un peu de volume; le teint de la malade devint jaunâtre.

A l'examen du 20 juillet, on constate au toucher vaginal, l'existence d'un *cancer végétant* du col utérin. Les culs-de-sacs sont libres; l'utérus est mobile et augmente de volume; le néoplasme n'a pas encore envahi la vessie, ni le vagin, ni la base des ligaments larges. L'ablation par la voie abdominale, est décidée après avoir fait la désinfection aussi complète que possible du vagin avec des injections de permanganate; l'ablation préalable des végétations cancéreuses du col, nous paraît inutile pour ce cas.

L'opération est pratiquée le 30 juillet, suivant le procédé américain. La vessie est facilement décollée ; l'ablation du néoplasme parut totale cependant la base du ligament large droit semble épaissie. Mon examen un peu rapide il est vrai, ne permet pas de reconnaître l'existence de ganglions au niveau de la bifurcation des artères iliaques. L'excavation pelvienne est drainée par une mèche sortant par le vagin.

Les suites opératoires furent normales.

La malade fut revue quatre mois après l'opération. Elle a engraissé; elle mange bien mieux; elle n'a pas le teint jaunâtre. Mais le toucher vaginal permet de reconnaître l'existence d'une récidive au niveau du ligament large droit, en ce point qui avait paru épaissi au cours de l'opération. La malade n'a pas de pertes sanguines, mais après ce toucher vaginal, l'extrémité du doigt est teintée de rouge. En somme, la récidive a été rapide.

OBS. II. — Mme veuve C..., âgée de soixante-trois ans, entre le 13 octobre 1898, à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. H. Marchand,

que nous remplacions. Chez cette malade, il s'agit d'une *forme lente de cancer utérin*. Celui-ci a débuté il y a deux ans par de graves métrorrhagies. Dans l'intervalle de celles-ci, la malade avait eu des pertes blanchâtres très épaisses et presque purulentes. Les douleurs lombaires sont très intenses depuis six mois; de plus, depuis cette époque, la malade urine très fréquemment. Elle a beaucoup maigri; son teint est devenu jaunâtre.

Au toucher vaginal, on constate au fond *du vagin une masse bourgeonnante* en choux-fleur assez friable; le néoplasme se dirige en avant vers la vessie; les culs-de-sacs sont peu indurés. L'utérus est gros, douloureux, encore assez mobile.

Nous nous proposons de faire la ligature des deux artères utérines, à leur origine, par la voie abdominale.

La laparotomie une fois pratiquée, l'ablation de l'utérus par la voie abdominale, suivant le procédé américain. nous paraît possible sans trop de danger pour la malade. L'utérus est gros et friable; en sectionnant le ligament large gauche, on ouvre de gros ganglions pelviens suppurés; la vessie est décollée assez facilement de l'utérus. Mais malgré de patientes recherches, on ne trouve pas les artères utérines droite et gauche, et nous pensons qu'elles ont été aplaties par le néoplasme, ce qui explique peut-être l'évolution lente de celui-ci. Enfin la pince introduite dans le cul-de sac vaginal antérieur entre en plein néoplasme et rend difficile la section du vagin en avant. De plus, le néoplasme est plus mou dans sa portion sus-vaginale que dans sa portion intravaginale. Une fois l'utérus enlevé, on constate que la tumeur se prolonge à la base des ligaments larges. Ces prolongements sont laissés en place, car ils avoisinent les uretères.

La recherche des ganglions pelviens permet de reconnaître qu'ils sont très nombreux et très adhérents non seulement à l'artère iliaque, mais aussi à la veine. L'opération ayant duré une heure, on renonce à les enlever et à lier les artères utérines à leur origine.

Un drainage abdomino-vaginal est pratiqué.

Le lendemain, la malade paraît en bon état. Le pouls est cependant à 104 et la température fut de 36°,9, le soir de l'opération; 36°,4, le 26 au matin; 37°,1, le soir.

On enlève la mèche vaginale, on fait un lavage par le drain abdomino-vaginal, avec de l'eau bouillie.

Les urines sont normales.

Pendant la nuit suivante surviennent des vomissements et la malade meurt quarante-huit heures après l'opération.

Autopsie. — Les lésions de péritonite sont évidentes. De nombreux ganglions existent au niveau de la bifurcation des artères et des veines iliaques. On en trouve même plusieurs étagés le long de l'aorte abdominale et de la veine cave inférieure. Ils sont tous très adhérents et indurés. Les uretères ne sont pas dilatés; les bassinets ne sont pas distendus; les reins sont scléreux à la coupe. Pas de ganglions dans la région sacrée.

Obs. III (résumé). — Ch... (Joséphine), cinquante-six ans, entre le 16 novembre, lit 18, à l'hôpital Dubois.

Antécédents. — Père mort d'un cancer de la langue. Mère morte d'une affection cardiaque, une sœur a succombé à un cancer utérin.

Antécédents personnels. — Réglée à quinze ans. Époques régulières peu abondantes. Mariée à seize ans, quatre enfants et une fausse couche.

Nervosisme très marqué. A trente-cinq ans, elle est atteinte d'hyperchlorhydrie et subit un amaigrissement de 40 livres. Depuis quelques années la malade est soumise au régime lacté exclusif.

Il y a quelques mois, pertes de sang continuelles qui n'ont pas disparu. Douleurs rénales marquées. Pas d'amaigrissement.

État actuel. — L'utérus est peu volumineux. Rien d'appréciable dans les annexes. Le col est normal. Un curettage explorateur amène un tissu qui, à première vue, rappelle le cancer.

Les préparations histologiques sont soumises à l'examen de M. Menetrier qui ne croit pas devoir se prononcer. M. Dagonet confirme, de son côté, le diagnostic d'épithélioma porté dans mon laboratoire.

L'hystérectomie est, dès lors, pratiquée le 1er décembre par M. Mauclaire aidé de M. Picqué et des internes du service. L'utérus est très profondément situé et entouré d'adhérences qui sont détachées avec facilité; il est ramené assez aisément au dehors, mais son tissu est très friable, et il n'est pas possible de le fixer à l'aide d'une pince. Recherche facile des utérines. L'utérus est enlevé par le procédé américain, mais la portion sus-vaginale du col est très friable et se déchire en partie; ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu l'utérus est enlevé en totalité. Recherches des ganglions; à droite, il n'en existe pas; à gauche, M. Mauclaire croit trouver un ganglion au niveau de la bifurcation de l'iliaque interne, mais la malade est très grasse et M. Picqué ne croit pas qu'on puisse l'affirmer. Drainage vaginal à la gaze; drainage abdomino-vaginal, avec un tube en caoutchouc. L'opération a duré trois quarts d'heure. Le premier jour, l'état de la malade est satisfaisant. Les jours suivants, on constate un peu de sphacèle dans le trajet abdominal et sur la muqueuse vaginale : un écoulement très fétide s'écoule par la vulve. De grands lavages au permanganate sont institués qui semblent tout d'abord donner un bon résultat, mais le sphacèle s'étend et la malade succombe le cinquième jour, après avoir présenté des phénomènes de septicémie.

Messieurs, il m'a paru intéressant, à l'occasion des trois observations de M. Mauclaire, de refaire devant vous une courte étude de l'hystérectomie abdominale totale appliquée au traitement du cancer utérin, opération dont il n'a été encore question qu'incidemment à la Société de Chirurgie, dans sa séance du 2 mars 1898, à l'occasion d'une intéressante présentation de notre collègue Quénu.

Bien que l'hystérectomie abdominale totale ait été proposée contre le cancer en 1830, par Delpech (mémoire sur l'ablation de

l'utérus (*Arch. gén. de méd.*, 1830), on peut dire que les premières tentatives chirurgicales appliquées au traitement du cancer utérin ne remontent, en réalité, qu'à 1878. Le 30 janvier 1878, Freund (1) pratiquait avec succès sa première hystérectomie abdominale totale pour cancer.

Le 1er février, Schrœder pratiquait pour la première fois l'amputation sus-vaginale du col, par voie vaginale, avec insuccès.

La même année, le 12 août, Czerny faisait, de son côté, sa première hystérectomie vaginale pour cancer.

Mais tandis que sa malade succombait, celle de Freund vivait encore en 1893 avec une santé parfaite !

Néanmoins, les deux opérations de Freund et de Czerny eurent une destinée différente.

Après quelques tentatives isolées, l'opération de Freund devait momentanément tomber dans l'oubli, ou tout au moins ne plus être pratiquée que par quelques chirurgiens (2), alors que l'opération par la voie vaginale entrait définitivement dans la pratique.

Or, les récidives fréquentes observées un temps plus ou moins long après l'hystérectomie vaginale, d'autre part la sécurité plus grande dans les opérations abdominales, devaient faire revenir les chirurgiens à l'opération de Freund. Nous voyons celle-ci pratiquée en Allemagne, à partir de 1890, par Gusserow, Zweifel, Hoffmeier, Schauta, Kustner et Clark, en Amérique par Pryor, en Belgique par Jacobs (3).

En France, le professeur Terrier, le premier, la mit à exécution le 30 avril 1896, et a obtenu un beau succès.

Depuis, plusieurs de nos collègues, enhardis par les résultats de l'hystérectomie abdominale totale, pour fibrome et suppuration pelvienne, ont appliqué cette méthode au traitement du cancer.

Parmi eux, nous devons surtout citer Quénu, Michaux, Reynier, Faure, qui en ont cette année même présenté quelques cas.

Au moment donc où cette opération semble revenue en faveur en France et à l'étranger, il nous paraît opportun d'en étudier successivement les indications spéciales et les résultats, fournis par les statistiques, tant au point de vue de son pronostic opératoire qu'à celui de la récidive.

Cette étude pourra seule nous montrer quels peuvent être les avantages sur l'opération par la voie vaginale, et si elle justifie réellement la préférence qu'on semble lui accorder aujourd'hui.

(1) *Centralb. für Gyn.*, 1878.
(2) Rydigier. *Berl. kl. Woch.*, 1880; Martin, *Path. med. der Franeuk.*
(3) *Revue de gynécologie*, janvier-février 1898.

Indications opératoires. — Déjà en 1892, von Rosthorn (1), de Prague, recommandait cette opération chaque fois qu'on se trouve en présence d'un utérus trop volumineux et peu mobile.

Dans un travail intéressant présenté au Congrès de la Société allemande de chirurgie de Leipsick et publié dans *Monatsschrift für Geb. und Gynæk.*, 1897, Kustner de Breslau, insistait également sur les difficultés de la voie vaginale quand le volume de l'utérus est considérable, le vagin très étroit, le col friable et quand il existe en outre des adhérences péritonéales. Il revient également sur ces indications l'année suivante dans le *Wolkman Samml klin. Wortr.*, février 1898. Certes tous les chirurgiens connaissent les difficultés qui rendent parfois si délicate l'intervention vaginale, et peuvent lui faire déjà préférer la voie haute. Mais une autre raison devait entraîner les opérateurs vers cette voie abdominale, rendue chaque fois plus bénigne avec les progrès de la technique, c'est la fréquence des récidives, après l'opération par la voie vaginale, que certains attribuaient au morcellement utérin et à l'inoculation qui pouvait en résulter.

Beaucoup ont pensé toutefois et avec raison que pour bien voir ce que l'on fait, et surtout pour bien savoir ce que l'on enlève, il convenait de recourir à la laparotomie qui permet de dépasser largement les limites de la lésion, et, partant, de se mettre à l'abri de la récidive.

Dans ce même ordre d'idées, la question de l'envahissement des ganglions et des lymphatiques semble avoir plus particulièrement préoccupé les chirurgiens d'outre-Rhin.

Dès 1881, Freund aurait le premier songé, d'après son assistant Funke, a enlever les ganglions infiltrés au cours d'une hystérectomie qu'il fit le 5 juillet 1881; depuis, d'autres chirurgiens, parmi lesquels Riess, Rumpf, Kelly et Clark, se sont appliqués à rechercher l'adénopathie, dans les cas de cancer utérin.

L'adénopathie semble d'ailleurs fréquente dans le cancer du col. Peiser, dans une étude très intéressante publiée en 1898 dans le *Zeitschrift für Geb. und Gynæck.*, t. XXXIX, n°2, p. 259, déclare que les vaisseaux et ganglions lymphatiques correspondants au col sont intéressés dans 50 p. 100 des cas au moment où la malade vient consulter le chirurgien.

De leur côté Mackenrodt, Seelig, Gussenbauer, Schuchhardt, Clark vont jusqu'à prétendre que, même dans les cas où le cancer paraît tout à fait au début de son évolution et que le malade présente des ligaments larges et des culs-de-sac en apparence sains, les ganglions lymphatiques sont déjà touchés dans la plupart des

(1) *Prager med. Woch.*, 1892, nº 9.

cas. Il faut donc, d'après ces auteurs, opérer le cancer de l'utérus comme les autres cancers de l'économie, c'est-à-dire enlever les ganglions si l'on veut compter sur une guérison durable. Mais il faut de plus l'enlever de bonne heure et dans ses formes initiales, quand l'utérus a encore conservé sa mobilité, point sur lequel insistent Jacobs, et Mauclaire dans les réflexions dont il a fait suivre son travail. Pour ma part, je me rallie à cette opinion et quelle que soit la valeur de cette opération complémentaire, j'avoue ne pas comprendre les chirurgiens américains, quand ils nous conseillent d'enlever par l'abdomen, tous les cancers jugés inopérables par le vagin, c'est-à-dire quand ils déclarent intervenir dans tous les cas, même quand il existe un envahissement des ligaments larges ou qu'il s'agit d'une récidive après l'hystérectomie vaginale.

Funke, il est vrai, dans son deuxième travail publié en 1898, dans le *Zeitsch. für Geb. und Gynæk.*, t. XXXIX, n° 3, p. 435, déclare que son maître Freund ne se contente pas d'enlever les ganglions, mais encore de curer, pour ainsi dire, le petit bassin comme l'aisselle et de pratiquer l'excision de tous les lymphatiques et du tissu cellulaire lui-même.

Peiser (1), de son côté, dit que si l'on veut faire une hystérectomie efficace, le seul moyen doit consister dans l'ablation des ganglions, du tissu cellulaire et des vaisseaux lymphatiques qui se rendent dans ces ganglions.

Reiss va encore plus loin dans un travail publié dans le *Zeitsch. für Geb. und Gynæk.*, 1897, vol. XXXVII, p. 519. Il préconise l'ablation de tous les ganglions, même quand ils paraissent sains et abrase lui-même tout le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il pratique en résumé, le nettoyage aussi minutieux que possible de l'excavation pelvienne et même de la fosse iliaque. Il s'appuie pour recommander cette méthode dont il revendique la priorité, sur l'apparence parfois normale des ganglions infiltrés, et c'est pour rendre la récidive aussi rare que possible qu'il demande cette opération secondaire dans l'hystérectomie abdominale pour cancer.

On voit, par ces citations, que je m'excuse d'avoir faites si longues, combien les auteurs que nous venons de citer attachent de l'importance à cet envahissement des lymphatiques et des ganglions du petit bassin ; on conçoit dès lors pourquoi Peiser, Freund, Riess, Clark conseillent, en dehors de toute autre préoccupation, de renoncer à l'hystérectomie vaginale et de recourir dans tous les cas à l'hystérectomie abdominale, seule intervention

(1) *Zeitschrift für Geb. und Gynæk.*, 1898, t. XXXIX, n° 2, p. 259.

permettant de bien enlever tous les tissus malades ou simplement suspects.

Pawlick avait bien tenté par le vagin cette dissection pelvienne; mais cette dernière est laborieuse, délicate et dangereuse, et l'on comprend que préoccupé de la récidive, et l'attribuant à l'envahissement des lymphatiques, ils recommandent en résumé d'enlever par la voie haute le plus de ganglions possible, qu'ils soient sains ou malades, ainsi que le tissu cellulaire qui se trouve sur le trajet des lymphatiques allant du col aux ganglions et même tout le tissu cellulaire contigu aux ganglions.

Dans un travail tout récent, Jacobs (1) admet comme les auteurs allemands que comme dans toute tumeur cancéreuse, il faut enlever le territoire lymphatique adjacent, que l'hystérectomie vaginale, qui ne peut être qu'une opération palliative et tout au plus comparable à l'amputation du col, doit être rejetée d'une façon absolue.

L'importance de cette opération envisagée à ce point de vue n'a pas échappé à ceux de nos collègues qui y ont eu recours.

Faure, dans sa communication au Congrès de chirurgie 1898, y insiste tout particulièrement. Il nous a appris que, dans un cas, il a vidé presque entièrement l'intérieur du petit bassin, disséqué les deux uretères sur une longueur de dix centimètres, mis à nu de chaque côté l'artère et la veine iliaque externe et hypogastrique et enlevé de chaque côté les ganglions malades échelonnés jusqu'à la bifurcation de l'artère iliaque primitive. Tout en reconnaissant que l'opération est plus grave, il pense qu'elle peut permettre de sauver un plus grand nombre de malades.

Quénu envisage l'opération à un point de vue intéressant. Il nous dit qu'elle permet surtout d'isoler l'uretère des tissus malades péri-utérins, qu'on peut alors enlever sans danger sur une étendue plus grande. L'uretère peut, en effet, être blessé par les deux voies. Mais par la voie abdominale certaines précautions peuvent être prises, qui, tout en permettant de l'éviter, facilitent l'extirpation complète des lésions.

Clark, Kelly recommandaient l'introduction de sondes fines dans les deux uretères. Dhurssen (2) a dans un cas pratiqué le cathétérisme des uretères. Riess, dans son travail, critique le procédé, qu'il trouve inutile, et déclare préférer voir l'uretère pendant le cours de son opération que de le sentir par le toucher.

Quénu (communication à la Société de chirurgie, 2 mai 1898), fait très justement remarquer que pour éviter ces conduits, il faut

(1) *Revue de gynécologie*, 1898.
(2) *Soc. de méd.*, Berlin 1898.

les mettre à découvert, les isoler et les déjeter au dehors, ce qui, d'ailleurs, n'est pas toujours facile, ainsi qu'il résulte de ses expériences sur le cadavre.

Il pense, contrairement à Riess, que, dans certains cas, le cathétérisme peut présenter des avantages, et c'est aussi l'avis de Mauclaire.

Dans un cas de Freund, cité par Funke (2e mémoire), le pincement des uretères ne put être évité.

Voici, d'ailleurs, le résumé de ce cas :

Femme de trente-sept ans, cancer situé au-dessus du col utérin; après ligature des utéro-ovariennes, on circonscrit l'utérus et les ligaments larges au moyen d'une grande incision. On enlève tout le tissu cellulaire jusqu'au niveau de l'uretère droit, on constate que la tumeur ne dépasse pas l'utérus; il n'existe pas de ganglions : à la fin de l'opération, l'uretère droit se montre en un point assez limité, l'uretère gauche demeure invisible. Après l'opération, on constate une anurie complète, Freund rouvre le ventre; du côté droit la suture péritonéale est détachée pour découvrir l'uretère qui se présente sous la forme d'un cordon à peine gros comme le petit doigt, et légèrement tordu sans aucune dilatation préalable; on le suit jusqu'au niveau de la vessie. En aucun point de son trajet, on ne trouve de ligature. M. Freund fait une ponction de l'uretère, y introduit une sonde fine qui est arrêtée au niveau du point où l'artère utérine a été liée. A gauche, même résultat, une double uretéro-cysto-néostomie est alors tentée; à droite, elle donne un bon résultat; à gauche, on se contente d'un abouchement à la paroi abdominale. Mort, au bout de trois semaines, de septicémie.

Si l'on met, pour un instant, de côté la question pourtant si intéressante des uretères, il suit de l'exposé qui précède, que dans l'esprit des auteurs qui préconisent l'hystérectomie abdominale totale, l'ablation de l'utérus ne constitue, malgré tout, que le premier temps et le plus simple de l'opération.

Tout l'intérêt de l'opération et son temps le plus difficile consiste dans le curettage de l'excavation et de la fosse iliaque.

A vrai dire, si le temps délicat du curettage pouvait s'exécuter facilement, et surtout complètement, l'hystérectomie abdominale totale serait réellement l'opération idéale, et l'on n'aurait pas à discuter longuement sa supériorité sur l'opération par la voie vaginale.

Or, il faut se rappeler, pour juger la question, combien peut être étendu le territoire des lymphatiques intéressés et se reporter aux études des anatomistes, et en particulier au travail si complet de Poirier, récemment repris en Allemagne par Peiser qui, d'ailleurs, n'a ajouté aucune donnée nouvelle.

Il faut se souvenir que, parfois, les ganglions envahis peuvent être très éloignés ou trop adhérents pour être enlevés. Dans le deuxième cas de Mauclaire, les ganglions préaortiques étaient intéressés et les ganglions très adhérents à l'artère durent être abandonnés. Jacob avoue lui-même avoir laissé, parfois incomplet, l'évidement du bassin.

Combien d'autres chirurgiens pourraient faire un semblable aveu. Il en résulte que « l'évidement du bassin » est une expression peut-être heureuse, mais assurément inexacte.

En tous cas, il faudrait, pour entraîner notre conviction, qu'on nous présente des statistiques comparées des deux opérations au point de vue de la récidive. Sans elles, il est impossible d'établir si le temps de l'opération auquel les étrangers et quelques-uns de nos collègues accordent une si grande importance, a réellement, s'il est exécuté complètement, une action évidente contre la récidive.

Il faudrait, de plus, avoir un diagnostic histologique précis dans tous les cas opérés. Or, malgré nos recherches, nous n'avons pu constituer de statistique au point de vue de la récidive et j'ajouterai que le diagnostic histologique manque dans presque tous les cas. Jusque-là l'hystérectomie abdominale totale ne saurait être considérée comme le traitement radical du cancer utérin et l'évidement du bassin ne saurait constituer une indication indiscutable.

Mais, par contre, nous pourrons établir aisément, qu'en dépit de certaines statistiques heureuses, celle de M. Terrier, par exemple, l'hystérectomie abdominale totale comporte une gravité notablement supérieure à celle de l'hystérectomie par la voie vaginale.

Technique opératoire. — Avant d'arriver à l'étude des résultats opératoires, je tiens à reproduire la technique que Riess a suivie dans deux cas qui lui ont valu deux succès. Je la reproduis pour montrer combien elle est délicate et minutieuse. Celles de MM. Terrier et Reynier sont trop connues de vous pour que j'aie à les rappeler ici. J'ai d'autre part cité plus haut la partie intéressante de celle de Quénu.

Technique de Riess. — Avant l'opération : Nettoyage du col par le vagin, et *suture du museau de tanche avec de la soie*, pour éviter la dissémination de produits septiques dans le ventre au moment de l'ablation de l'organe par la laparotomie.

Opération :

I. — *Incision du vagin autour du col par le vagin.*

II. — *Ouverture du ventre.*

1° Ligature sur les vaisseaux ovariens, puis section du ligament large et application d'un clamp sur le moignon utérin du ligament ;

2° Incision du péritoine au niveau de l'uretère, puis au-dessus de l'iliaque primitive et dissection de ce conduit jusqu'à la hauteur de la bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs;

3° On applique alors des ligatures sur le ligament large en dehors de l'uretère et des clamps du côté de l'utérus, après section du ligament;

4° L'uretère est ensuite de nouveau disséqué jusqu'au niveau de la face postérieure de la vessie, après quoi on dissèque le péritoine de la face antérieure de l'utérus jusque près de la vessie;

5° Ligature de l'utérine (artère et veines) près de leur origine.

Cela fait, on s'efforce d'enlever tout le tissu cellulaire, même en disséquant, autant que possible, la région des vaisseaux iliaques externes et internes; on s'efforce aussi d'enlever le plus de ganglions possible.

Après avoir répété les mêmes manœuvres du côté opposé, on pratique une incision au niveau du cul-de-sac de Douglas, et avec le doigt, on effondre le vagin, dont on résèque une partie, ce qui achève le détachement de l'utérus; on bourre alors le reste du vagin, de haut en bas, avec de la gaze iodoformée; enfin, on suture les lames péritonéales divisées au cours de l'intervention pour la dissection des ganglions, etc.

Voici, par comparaison, la technique que Peiser conseille pour bien débarrasser le petit bassin des tissus suspects tout en évitant de blesser l'uretère.

1° Introduction de sondes fines *dans les deux uretères* (Clark);

2° Ouverture du ventre;

3° Ligature des vaisseaux utéro-ovariens à la partie la plus élevée et la plus externe des ligaments larges;

4° Première incision du péritoine pariétal, parallèle à l'uretère, et s'étendant jusqu'au point de bifurcation de l'artère iliaque primitive; cette incision sera faite sur une sonde cannelée;

5° De cette première incision péritonéale, on en fait partir deux autres, courbes, passant l'une en avant, l'autre en arrière de l'utérus;

6° Dissection prudente du péritoine, de manière à tailler deux lambeaux péritonéaux, en avant et en arrière de l'utérus;

7° On découvre d'abord les ganglions situés en dehors de l'iliaque primitive, et on les enlève : ce sont les ganglions *iliaques externes*.

8° On enlève ensuite les *ganglions hypogastriques* et tout le tissu cellulaire compris dans le triangle formé par l'artère iliaque externe, l'artère hypogastrique et le pubis; toutes ces manœuvres doivent s'effectuer sans le secours d'un instrument tranchant;

9° On dissèque, l'on nettoie ensuite tout ce qui se trouve en dedans de l'artère hypogastrique et en arrière de celles-ci, près de l'origine de l'artère utérine;

10° *Ligature des vaisseaux utérins*, et section;

11° Ablation de tout le ligament large, en ayant bien soin de refouler l'uretère en dehors, de manière à l'éviter;

12° On attaque ensuite les *ganglions sacrés*, que l'on enlève avec le tissu cellulaire voisin;

13° On curette ensuite le *douglas;*

14° On nettoie ensuite tout ce qui se trouve entre la vessie et l'utérus, mais en ayant soin de ménager l'uretère;

15° Incision du vagin à un centimètre et demi au-dessous du col, au thermo;

16° Réunion des lames péritonéales.

Nous avons successivement étudié les indications de l'hystérectomie abdominale totale dans les cas de cancer. Nous avons indiqué la technique opératoire conseillée par les chirurgiens allemands, pratique qui ne me semble guère supérieure à celle de nos collègues.

RÉSULTATS. — Voyons maintenant les résultats. Nous voudrions, comme nous l'avons dit plus haut, donner les résultats définitifs qui, seuls, pourraient nous renseigner sur la valeur thérapeutique de l'opération; à leur défaut nous devons nous contenter des résultats opératoires.

Cette statistique est assurément fort incomplète; elle n'en est pas moins instructive en ce qu'elle contient la pratique de quelques chirurgiens connus de l'étranger et, qu'en outre, elle réunit une idée approximative de sa gravité opératoire (elle est en partie tirée du mémoire de Wisselinck, sur lequel nous reviendrons plus loin).

1878. Freund. — 10 cas, 7 morts; 70 p. 100.

1881. Freund. — 10 cas, 4 morts; 40 p. 100.

1890. Hoffmeier. — 1 cas.

1891. Veit (*Deut. med. Woch.*, p. 1125). — 4 cas, 4 succès.

1891. Gusserow. — 4 cas, 3 morts; 75 p. 100.

1892. Zweifel. — 8 cas, 2 morts; 40 p. 100.

1892. Von Rosthorn, de Prague (*Prag. med. Woch.*, 1892, n° 9). — 1 guérison.

1894. Bröse, de Berlin (*Soc. gyn., Berlin*, 14 juillet). — 1 cas (utérus cancéreux et fibromateux).

1894. Czempin, de Berlin (*Soc. gyn., Berlin*, 1894, 9 novembre). — 1 cas (utérus cancéreux, envahissement de l'S iliaque ayant nécessité la résection, mort.

1894. Czempin (*Soc. gyn. Berlin*, 22 juin). — 2 guérisons.

1895. Leopold. — 8 cas, 7 morts; 80 p. 100.

1895. Clark. — 10 cas. Pas de décès.

1896. Schauta. — 10 cas, 7 morts; 70 p. 100.

1897. Kustner, de Berlin (*Congrès de Leipzik*). — 20 cas, 4 morts; 20 p. 100.
De 1893 à 1898. Freund. — 20 cas, 4 morts ; 20 p. 100.
1897. Wisselinck (de Breslau). — 8 cas, 1 mort; 12,8 p. 100.
1898. Terrier. — 9 cas, 2 morts ; 22 p. 100.
1898. Reynier. — 8 cas, 2 morts.
1898. Pantaloni (de Marseille). — 8 cas, 2 morts.
1898. Faure (de Paris). — 3 cas, 3 succès.
1898. Jacobs (de Bruxelles). — 11 cas, 1 mort.
1898. Jonnesco. — 6 cas, 3 morts.

Si l'on compare de près les statistiques, on voit la mortalité considérable que donne l'opération, même entre les mains des chirurgiens les plus habiles comme Gusserow et Léopold, qui perd 7 malades sur 8, et Schauta, 7 sur 10.

Bröse, en 1894, dans un travail publié dans le *Zeitsch. für Geb. und Gynæk.*, rapporte que Schrœder, en 1884, avait une mortalité de 62 p. 100, et qu'en 1893, Fehling perdait 50 p. 100 de ses opérés.

La statistique personnelle de quelques chirurgiens s'est-elle modifiée avec le temps au fur et à mesure des progrès de la technique?

Gusserow, en 1886, cité par Bröse, avait 71 p. 100 de mortalité sur un chiffre qui n'est pas indiqué.

En 1891, la statistique que je vous ai citée donne à cet auteur 75 p. 100.

Celle de Freund s'est, au contraire, notablement améliorée pour un même nombre de malades; en 1878, pour 10 malades, elle est de 70 p. 100; en 1881, elle tombe à 40 p. 100; de 1893 à 1898, elle tombe à 20 p. 100, pour un chiffre double d'opérés.

Celle de M. Terrier est intéressante à signaler. Sa première opération est du 30 avril 1896 et lui donne un succès; en 1897, 4 nouvelles opérations avec 4 succès; en 1898, 4 opérations avec 2 insuccès, soit : 9 cas, 2 morts.

M. Reynier (*Congrès de chir.*, 1898) a donné une statistique de 8 cas avec 2 morts. La première date de mars 1898.

MM. Quénu et Michaux (*Soc. de chir.*) ont remporté chacun un succès.

La comparaison des statistiques de l'hystérectomie abdominale totale et de l'hystérectomie vaginale, mérite d'être faite surtout dans la pratique d'un même chirurgien, elle fait mieux ressortir la difficulté réelle de l'intervention par la voie abdominale.

Kustner (de Breslau) rapporte, en 1898 (*Wolkm Samml Klin Wortrage*, février, 1898), 91 opérations pour cancer utérin, 76 hys-

térectomies vaginales avec 2 morts, 15 opérations avec 3 morts, et nous avons vu qu'au Congrès de Leipsik, il note 20 opérations avec 4 morts.

Wisselinck (de Breslau), dans son étude de 1897, relate 63 cancers de l'utérus opérés à la clinique de Breslau : 55 hystérectomies vaginales, avec 1 mort, 1,8 p. 100 ; 8 hystérectomies totales, avec 1 mort, 12,8 p. 100.

D'après les chiffres précédents, on voit que pour l'hystérectomie totale, la mortalité a diminué entre les mains d'un même chirurgien, mais qu'elle est restée élevée, si on la compare à celle de l'opération vaginale par le même chirurgien.

Il ne faut cependant pas oublier qne si la mortalité de l'hystérectomie vaginale s'est notablement abaissée depuis quelques années, il peut en être de même pour l'opération de Freund.

Il est toutefois bon de remarquer que le chiffre de 1 p. 100 indiqué par Wisselinck à la clinique de Breslau, ne représente pas le taux actuel de la mortalité pour l'hystérectomie vaginale.

Vanverts, dans une récente étude (*Gaz. Hôp.*, 1898) a réuni les statistiques de tous les chirurgiens français; nous-même, réunissant les cas étrangers, nous sommes arrivé pour un total de 1711 cas, à une mortalité de 8 p. 100. Elles diffèrent peu.

Il résulte de toutes les constatations précédentes, que l'hystérectomie abdominale totale pour cancer, conserve encore à l'heure actuelle un pronostic plus sérieux que l'opération par la voie vaginale.

Tous les autres, d'ailleurs, sont d'accord sur ce fait, et je ne connais que M. Reynier qui ait formulé dans sa communication une opinion contraire.

Causes de la mortalité opératoire. — Il nous reste à en signaler rapidement les causes. Dans 2 cas de Mauclaire, la mort a été causée par l'infection provenant de la tumeur du col. C'est en effet cette dernière qui a été le plus souvent invoquée. Si certains auteurs, comme Bröse, invoquent la longue durée de l'opération et ses difficultés techniques, ils n'en reconnaissent pas moins presque tous l'infection fréquente du péritoine produite par l'état septique du col. Déjà Veit, en 1891, avait signalé l'infection péritonéale par le col infecté et proposé de terminer l'opération par le vagin, conclusion à laquelle arrive Bröse, dans son travail. Pour Kustner, de Breslau, la gravité de l'opération ne réside, ni dans le danger de pincer les uretères, ni dans l'hémorrhagie, ni dans la durée de l'opération, elle est pour lui tout entière dans la facilité de l'infection.

Il conseille lui-même pour l'éviter, d'enlever l'utérus par le vagin après l'avoir détaché par la voie abdominale. Riess, comme nous l'avons vu plus haut, conseille de suturer le museau de tanche avec de la soie. Jacobs cautérise profondément le col.

En résumé, si l'on met à part la question technique, si l'on fait une place aux accidents qui peuvent résulter des blessures de l'uretère, on doit reconnaître que la mortalité, dans cette opération, semble tenir surtout à l'infection par le col, et nous venons de voir les précautions employées par certains chirurgiens allemands pour l'éviter (ablation de l'utérus par le vagin, suture du col, cautérisation).

C'est dans cette direction qu'on doit aller pour modifier la technique si l'on veut donner dans l'avenir, à cette opération, une sécurité aussi grande que l'hystérectomie vaginale.

A cet égard, il est peut-être utile de distinguer, plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, les formes cliniques du cancer utérin.

Je pense que sous ce rapport, il convient de distinguer les formes dures, des formes molles, les cancers du col et ceux du corps.

Les cancers du col sont particulièrement infectants, surtout si l'on applique la technique habituelle de l'hystérectomie abdominale. Le curettage antérieur du col par le vagin constitue-t-il une précaution suffisante? L'avenir seul le dira; mais il est certain que c'est une pratique qu'on ne saurait négliger et sur laquelle Mauclaire a bien fait d'insister.

MM. Quénu et Reynier, dans leurs communications antérieures, avaient également, avec beaucoup de raison, conseillé cette pratique.

Le section des lèvres du col, préconisée par Riess, ne me paraît guère recommandable quand le col est envahi et l'on peut se demander si elle serait efficace dans le cancer du corps.

Quant à l'ablation par le vagin, cette manœuvre ne serait guère utilisable que si le volume de l'utérus n'est pas trop considérable. Le drainage abdomino-vaginal conseillé par Mauclaire est à recommander : il n'a cependant donné aucun résultat chez sa troisième malade.

L'hystérectomie abdominale totale semble surtout, à ce point de vue de l'infection, recommandable dans le cancer du corps; mais là encore il s'agit de distinguer entre les formes molles et dures.

Avec les premières, on est exposé, quoi qu'on fasse, à déchirer le corps utérin si on vient à le prendre avec des pinces pour l'attirer au dehors, quand il est petit ou immobilisé par des adhérences, et quand il s'agit d'une femme à paroi abdominale épaisse comme c'était le cas de la troisième malade de M. Mauclaire, que nous

avons opérée ensemble dans notre service. De plus, on s'expose, comme dans le même cas, à voir le col céder dans sa portion supra-vaginale sous l'influence de tractions même modérées et malgré une dissection conduite pas à pas. J'avoue avoir été étonné que M. Reynier ait cru qu'on n'avait pas à compter sur cette friabilité de l'utérus.

Dans ces cas, malgré la position inclinée, on se trouve dans les conditions les plus fâcheuses au point de vue d'une infection ultérieure, et c'est pourquoi je redouterai pour ma part le procédé de section de l'utérus, tel que nous l'a recommandé M. Quénu. M. Mauclaire, d'ailleurs, n'hésite pas à en rejeter l'emploi. On ne doit pas oublier, non plus, dans les cas de cancer utérin, les adénopathies éloignées.

Dans les formes dures du cancer, la déchirure du tissu utérin n'est pas à redouter, et l'hystérectomie se faisant dans les conditions ordinaires, les résultats doivent être meilleurs. Mais dans ces cas qui s'éloignent cliniquement du cancer, est-on sûr que le diagnostic histologique a été établi? j'ai dit plus haut que ces éléments manquent dans presque toutes les observations, j'ajoute que la lecture des statistiques m'a laissé des doutes sérieux sur l'authenticité de certaines observations.

En l'absence de documents histologiques, l'apprécation de l'opération devient dès lors difficile au point de vue de son pronostic immédiat.

Résultats définitifs. — A défaut de documents statistiques suffisants pouvons-nous préjuger de la valeur thérapeutique de cette opération ?

M. Terrier, dans sa récente communication du Congrès de Chirurgie, nous a dit que selon lui les suites ne sont guère plus brillantes qu'après l'hystérectomie vaginale. D'autres sont plus enthousiastes, comme Jacobs et Reynier, et cependant, Jacobs sur ses onze cas cite trois récidives de trois à six mois.

Il faut en tout cas que les opérateurs s'appliquent dorénavant à nous renseigner exactement à cet égard, car nous avons le droit d'être exigeants à ce point de vue, puisque nous reconnaissons tous une gravité plus grande à l'hystérectomie abdominale.

Mais tous les cas ne peuvent être mis indistinctement en série.

1° Dans le cas ou le cancer se reproduit rapidement, il est nécessaire de savoir si le curage des ganglions pelviens a été rigoureusement fait selon la technique spécialement recommandée à l'étranger.

2° Il faut également distinguer au point de vue de la récidive les cancers du col et ceux du corps. Hoffmeier, en 1895 dans un travail

paru dans le *Zeits. für Geb. und Gyn.*, vol. XXXII, avait insisté sur la plus grande bénignité au point de vue de la généralisation du cancer du corps, à supposer toutefois qu'il n'y ait pas encore d'adénopathie éloignée. Il est de fait que dans le premier, l'envahissement des lymphatiques péri-uretéraux doit rendre le curage du petit bassin baaucoup plus périlleux et tout au moins plus difficile. C'est un point sur lequel Mauclaire insiste avec raison.

Nous avons déjà vu que le cancer du col était le plus dangereux au point de vue de l'infection, ce qui montre bien combien dans le cancer du col le résultat doit être aléatoire.

Outre la question de siège, il existe peut-être d'autres contre-indications à étudier : à savoir l'envahissement des ligaments larges ou du cul-de-sac antérieur (Reynier).

3e Il faudrait ensuite être exactement renseigné au point de vue histologique sur la nature exacte du cancer et savoir à quel moment de l'évolution, il a été opéré.

M. Mauclaire est d'avis qu'il ne faut intervenir que tout à fait au début. Nous avons déjà insisté sur ce point.

4e Enfin il convient de savoir comment se fait la récidive et où elle se fait ; si dans les cas observés la récidive se fait au niveau du col dans la muqueuse vaginale ou le ligament large ou si au contraire elle se fait dans les ganglions primitivement atteints et non enlevés, ce qui justifierait l'hystérectomie par la voie abdominale et le curettage du petit bassin.

Tous ces points me paraissent indispensables à consigner dans les statistiques si l'on veut se prononcer définitivement sur la valeur de cette opération.

Messieurs, je prie la Société : 1° de remercier M. Mauclaire de son intéressante communication ; 2° de déposer son travail dans nos Archives.

Présentation de malades.

M. Duval présente, au nom de M. Quénu, un malade auquel celui-ci a fait l'ablation du rectum.

M. Legueu présente un malade auquel il a fait une laparotomie à la suite d'un coup de revolver, la balle avait traversé le foie. La laparotomie a été simplement exploratrice — guérison.

M. Faure présente un malade auquel il a fait la résection presque totale de l'estomac.

Renvoyé à une commission : M. Tuffier, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

P. Reynier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

Q

R

S

T

V

W

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.